
CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
**Périviscérites gastro-intestinales
essentielles généralisées**

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le 26 mars 1936

PAR

MAX ROUQUETTE

Né à Argelliers (Hérault) le 8 décembre 1908

Ex-interne des hôpitaux de Toulon

(Concours 1931)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Examineurs
de la thèse**

MM. VIRES, professeur, président.

LAMARQUE, professeur

BAUMEL, agrégé.

ROUX, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel
Tél. 47-84

1936

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES PERIVISCERITES GASTRO-INTESTINALES
ESSENTIELLES GENERALISEES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
**Périviscérites gastro-intestinales
essentielles généralisées**

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 mars 1936

PAR

MAX ROUQUETTE

Né à Argelliers (Hérault) le 8 décembre 1908

Ex-interne des hôpitaux de Toulon

(Concours 1931)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

MM. VIRES, professeur, président.

Examineurs
de la thèse

LAMARQUE, professeur

BAUMEL, agrégé.

ROUX, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, Rue Jardin-Martel

Tél. 47-84

1936

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS
Physiologie	TURCHINI
Chimie biologique et médicale	HEDON
Physique médicale	CRISTOL
Anatomie pathologique	PECH
Microbiologie	GRYNFELT
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE,
Thérapeutique et matière médicale	BOSC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BOUDET
Hygiène	PUECH
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GAUSSEL
Clinique médicale	GIRAUD
	VIRES, <i>assesseur.</i>
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
	MASSABAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale	MM.
Pathologie externe	PAGES
Médecine opératoire	AIMES
Accouchements	SOUBEIRAN ag. libre.
Clinique phthisiologique	COLL DE CARRERA
Clinique propédeutique médicale	GAUSSEL, prof.
Clinique des maladies contagieuses	BOULET
Stomatologie	JANBON
	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Médecine	MM.	Chirurgie....	MM.
	BOULET		AIMES
	PAGES		MOURGUE-MOLINES.
	JANBON		GUIBAL
	BAUMEL		ROUX
	VIDAL	Obstétrique..	COLL DE CARRERA
		Bactériologie.	CARRERE

Examineurs de la thèse

MM. VIRES, profes., président. | MM. BAUMEL, agrégé.
LAMARQUE, professeur. | ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON ARRIERE-GRAND-PERE
LE DOCTEUR CONSTANTIN ROUQUETTE

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA TANTE

A TOUS LES MIENS

M. R.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BAUMEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

M. R.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE TOULON

ET TOUT PARTICULIÈREMENT

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES JEAN

Chirurgien des Hôpitaux de Toulon

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOURDAN

Chirurgien des Hôpitaux de Toulon

A MONSIEUR LE DOCTEUR MALARTIC

Chirurgien des Hôpitaux de Toulon

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVILLÉ

Médecin des Hôpitaux de Toulon

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAURES

Médecin des Hôpitaux de Toulon

A MONSIEUR LE DOCTEUR MÈGE

Médecin des Hôpitaux de Toulon

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PERIVISCERITES GASTRO-INTESTINALES ESSENTIELLES GENERALISEES

INTRODUCTION

De nombreuses définitions ont été données des syndromes périviscéritiques. Ces syndromes groupant tant au point de vue étiologique, qu'anatomo-pathologique et même clinique des manifestations d'ordres différents et souvent dissemblables il nous apparaît nécessaire de nous en tenir à une formule qui tout en exprimant les caractères de l'affection ne préjuge en rien de ses origines, de ses lésions, de sa séméiologie.

Les Periviscerites digestives essentielles seront donc pour nous un syndrome anatomo-clinique, de causes diverses, caractérisé par une modification par l'organisme du mode de fixation d'un ou plusieurs segments du tube digestif, dont l'aboutissant est un trouble du transit gastro-intestinal avec toutes ses conséquences locales ou générales.

C'est presque la définition de BAUMEL et ROUX dans leur travail sur les Periviscerites digestives, point de départ de cette thèse. La différence est dans la substitution à la notion de cause inconnue, de celle de causes diverses à laquelle la conception montpelliéraine du terme essentialité, autant que les conclusions des observations ici ou ailleurs rapportées, nous ont finalement amenés.

On entend par Péricapsulite, l'ensemble des lésions congestives plastiques et adhésives dont sont le siège les tissus qui entourent un viscère. Ces lésions peuvent être secondaires à une modification pathologique bien caractérisée se produisant au niveau de ce viscère. Il y a alors Péricapsulite secondaire. Dans d'autres cas au contraire l'attention est attirée d'abord et d'emblée sur le syndrome péricapsulitique. Rien, ni dans l'interrogatoire avec les antécédents héréditaires, personnels et collatéraux, rien dans l'examen le plus approfondi ne permettra de supposer un point de départ viscéral. Et cependant, au point de vue anatomo-pathologique, autant que par les manifestations cliniques il y a un état dont on ne peut pas penser qu'il soit survenu sans cause. Cette cause on a pu la découvrir parfois, le plus souvent se contenter de la soupçonner, mais bien souvent l'évolution postérieure du malade a révélé ce qui, à l'état torpide, était le *primum movens* du processus de Péricapsulite.

Et c'est devant la disproportion entre ce processus et ses manifestations cliniques d'une part, et la cause initiale d'autre part que s'impose à l'esprit la notion d'essentialité. Essential ne signifie pas sans cause, pas plus que de cause inconnue. L'essentialité est le caractère d'une affection qui n'est pas due au développement manifeste d'un état pathologique, mais à la réaction vigoureuse de l'organisme contre cet état; on conçoit donc qu'il s'applique fort bien à la variété de Péricapsulites que nous nous proposons d'étudier ici.

C'est d'ailleurs là le sens que P. DUVAL, J.-Ch. ROUX et BÉCLÈRE donnent à cette expression quand ils écrivent : «essential signifie donc que les adhérences péritonéales constituent à elles seules la lésion actuelle ».

Le test anatomo-pathologique, d'une telle conception se trouve dans l'absence constante de lésions spécifiques au sein des tissus de Péricapsulite.

Les Périviscérites essentielles peuvent être localisées ou généralisées. Nous n'étudions ici que les secondes. Elles nous paraissent mériter une étude spéciale par la complexité de leur séméiologie et par l'importance que revêtent chez elles le diagnostic et ses conséquences: les indications thérapeutiques.

Nous étudierons donc successivement le syndrome anatomique dans ses variantes et ses prédominances les plus fréquemment rencontrées; le syndrome clinique suivra, qui en découle; le syndrome radiologique, très important par sa valeur diagnostique viendra ensuite. Un essai de mise au point étiologique précèdera l'analyse du diagnostic. Enfin dans une dernière partie nous traiterons des différents procédés thérapeutiques et de leurs respectives indications.

L'exécution de ce travail n'eut pas été possible sans les suggestions amicales, les renseignements et les observations que M. le professeur agrégé BAUMEL a bien voulu nous donner. C'est pour nous un agréable devoir que de lui exprimer ici toute notre profonde gratitude.

Nous voulons dire aussi notre reconnaissance à M. le Professeur VIREN pour l'accueil bienveillant qu'il nous réserva lorsqu'il voulut bien accepter de présider notre jury de thèse, et d'éclairer d'une pensée nourrie aux traditions de l'Ecole de Montpellier dont il s'est fait l'ardent défenseur, les faits cliniques que nous lui soumettions.

HISTORIQUE

La notion de Périviscérite digestive n'est pas très ancienne. C'est VIRCHOW en 1880 qui, au cours d'une autopsie signala des lésions par processus plastique adhésif.

Le terme de périsplanchnite proposé par ROGER et GOUGET n'a pas prévalu devant celui de périviscérite donné par HUCHARD et DEGUY aux adhérences développées autour des organes.

Ce sont les études relatives à la *Périgastrique* qui ont aiguillé les chercheurs sur le terrain de ces lésions. C'est ainsi qu'on relève les noms de VON HACKER en 1884, de BOUVET en 1893, de TERRIE qui s'occupe de son traitement en 1894, de BOUQUET DE LA JOLINIÈRE qui insiste sur les phénomènes douloureux, de Rosenheim en 1895; c'est BOAS et MARION en 1897 qui soulignent les difficultés du diagnostic; c'est DUPOUY en 1898 qui tente de préciser les données de la clinique. HARTMANN la même année, et MICKULICZ isolent les adhérences locales des adhérences générales.

MERCKLEN en 1899, EWALD en 1901, MATHIEUX et HALE WHITE apportent leur collaboration à la définition du syndrome clinique. Le caractère de variabilité des douleurs est souligné en 1902 par LANGLAIS.

En 1905 MORRIS, et HARRIS en 1914 s'attachent à l'étude des *Périduodénites* que précisent BUCQUOY, dans son étiologie secondaire et CAMPENON dans ses rapports avec la

mésentérite rétractile. Mais il faut venir jusqu'à P. DUVAL, J.-Ch. ROUX et H. BÉCLÈRE pour avoir la démonstration de l'existence de la Périoduodénite essentielle. Une étude générale des Périoduodénites est apportée par P. CARNOT.

En 1910, la thèse de GIRODE met au point la question des Périgastrites.

TRIEPIER et PAVIOT étudient les *Péricholécystites* suivis de LIBERT, de CHIRAY, PANEL et GEORGES.

En 1920, GEORGES JEAN revient sur l'étude clinique de la Périoduodénite.

On retiendra sur la position des *Périhépatites* les noms de HANOT, GILBERT, WIDAL, BEZANÇON, LAUTH, TRIBOULET, JOUSSENT, BÉCLÈRE, SERGENT, BLONDIN, CAUSSARD, LETULLE et BERGERON, sur celle des *Périentérites* ceux de CASTAIGNE et PAILLARD et ceux de GOLTRAIN et BAUFFLE.

Les Péricolites ont fait l'objet de très importants travaux et nombreux. Une remarquable étude d'ensemble en fut donnée au Congrès de Chirurgie en 1927 par LARDENNOIS. Elles ont été étudiées depuis par TRÉMOLIÈRES et OLIVIER, par ROBERT SOUPAULT, par BAUMEL et ROUX qui se sont attachés au syndrome de Périviscérinite essentielle en 1932, par AUCHMANN, par Et. BOLTANSKI qui après une intéressante et complète monographie parue dans la *Médecine*, d'avril 1933 en étudiait le Traitement dans la collection « Les Thérapeutiques Nouvelles ». On peut joindre à ces noms ceux de CARNOT qui en étudie le traitement, de DURAND et DELHERM, d'OURY et MÉZARD, de GOSSET et GUTMANN.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mlle BOURG..., 35 ans, se plaint depuis deux ans et demi de ballonnements gastriques apparaissant une demi-heure après les repas; plus tardivement, sensation de brûlure. Vomissements quotidiens dans lesquels on reconnaît les aliments ingérés. Pyrosis, amaigrissement notable de six kilogrammes. Douleurs abdominales droites avec constipation très opiniâtre: une selle tous les huit jours.

Recrudescence de tous les symptômes il y a trois mois.

Examen clinique. — Etat général moyen, poids 68 kgs 500. Tension artérielle Mx 16. Mn 9. Langue saburrale. Point pyloro-vésico-duodénal très sensible. Hyperesthésie du plexus solaire. Fosse iliaque droite très douloureuse surtout au niveau de la région cœco-appendiculaire.

Examen radiologique. — Estomac ptosé. Péristaltisme gastrique normal, encoche pylorique douloureuse. Pylore fixé. Stase duodénale avec mouvements antipéristaltiques. Deuxième portion duodénale non mobilisable. Retard du transit intestinal. Stade iléale marquée à la 9^e heure. Tête de la colonne opaque à peine arrivée au niveau de l'angle hépatique à la 18^e heure. Cæcum fixe, douloureux à sa partie inférieure en pleine zone appendiculaire; apparence lacunaire de cette portion cæcale; appendice non visible.

Rectum rempli seulement à la 72^e heure; cæco-ascendant commençant à se vider à ce moment-là.

Intervention chirurgicale pour appendicectomie. Appendice retro-cæcal enfoui dans le cæcum, très difficile à trouver, adhérences considérables. Pas de lésion tuberculeuse apparente.

Amélioration notable pendant un mois avec disparition des vomissements. Réapparition des troubles gastriques et des troubles intestinaux au point que un an à peine après l'opération Mlle B... présente une augmentation très nette des difficultés du transit duodénal; une généralisation des adhérences abdominales qui amène même un certain degré d'occlusion intestinale avec petites poussées subaiguës. Mlle B... meurt au milieu d'une crise d'occlusion alors qu'il était décidé qu'elle devait venir à Montpellier pour se faire opérer.

OBSERVATION II

M. Batt... Léon, 19 ans, se plaint depuis trois ans environ de perte d'appétit avec ballonnement gastrique immédiat qui dure souvent jusqu'au repas suivant. Vomissements alimentaires quotidiens se produisant d'une demi-heure à trois heures après les repas, non acides; nausées le matin à jeun.

Douleur abdominale gauche de temps en temps avec constipation très opiniâtre. Céphalée quotidienne durant toute la journée, amaigrissement notable de 12 kilogrammes.

Opéré en 1927 avant de venir nous voir pour appendicite chronique, n'a jamais eu de crises d'appendicite aiguë.

Examen clinique. — Etat général nettement déficient:

poids : 47 kgs. Tension artérielle Mx 14 1/2. Mn 8. Langue sale, ventre légèrement en bateau. Foie et rate normaux. Hyperesthésie nette du plexus solaire, sensibilité marquée du carrefour pyloro-vésiculo-duodénal, douleur très vive du Mac Burney; corde colique gauche sensible.

Examen radiologique. — Estomac arrivant au niveau des crêtes iliaques, bien mobilisable, nettement atone, avec contractions diminuées; stase duodénale au niveau de la deuxième portion avec mouvements antipéristaltiques; segments duodénaux fixes et sensibles. Du côté de l'intestin stase iléale nette à la 9^e heure avec gros paquet d'anses iléales sensibles et peu mobiles. Douleur au niveau de la partie inférieure du cæcum. Cæcum fixe. Chimisme gastrique :

HCl libre	0,91
HCl combiné	0,51
Acidité totale	1,42

Opération en septembre 1931. Bride de LANE avec fermeture de l'angle iléo-cæcal. Membrane de Jackson recouvrant le cæco-ascendant avec section d'adhérences colopariétales droites.

Suites: Pas d'amélioration notable soit dans le transit, soit dans l'état général.

OBSERVATION III

Mlle SAL... S..., 36 ans; se plaint de troubles digestifs surtout intestinaux depuis une douzaine d'années. L'appétit est conservé il n'existe pas de dégoût alimentaire; ballonnements gastriques sans brûlures et sans vomissements. Nausées fréquentes après le repas.

Douleurs abdominales gauches au niveau de la partie supérieure du côlon descendant et parfois dans l'hypocon-

dre droit ou la fosse iliaque gauche; une selle moulée tous les jours, quelquefois pâteuse ou semi-liquide avec présence de glaires, de peaux et même de sang. Matières non digérées, fétides.

Amaigrissement notable de 10 à 12 kgs. Chez cette malade il a été fait antérieurement à notre examen une recherche de bacilles de Koch dans les selles, car on craignait chez elle l'existence d'une tuberculose intestinale. Etat fébrile pendant les 15 jours qui précèdent les règles. Température rectale oscillant le soir entre 38° et 38°5. Tension artérielle. Mx 14. Mn. 7. Poids: 51 kgs.

Examen clinique. — Etat général déficient, langue sale, hyperesthésie du plexus solaire, douleur à la pression au niveau du point de Mac Burney et sur toute l'étendue du côlon descendant.

Examen radiologique. — Ptose gastrique avec diminution des contractions, hyperesthésie solaire, estomac bien mobile. Duodénum normal et mobile également. Transit intestinal normal. Côlon ptosé, cæcum gros, peu mobile, appendice non visible. Région cæco-appendiculaire sensible. Accollement cæco-transverse dissociable, spasme transverse.

Par lavement baryté, gêne au passage de la colonne opaque au voisinage de l'angle splénique. Spasme très violent, se produisant tout d'un coup, chassant le contenu baryté de ce niveau et ne laissant voir que le cæcum. En position debout image très spéciale: poches hydro-aériques communiquant entre elles difficilement avec niveaux liquides différents.

Examen rectoscopique. — Muqueuse normale. Présence de grosses hémorroïdes internes. Sommets pulmonaires légèrement grisâillés mais s'éclairant bien à la toux.

Intervention chirurgicale en 1929. Laparotomie latérale droite, membrane de Jackson, brides colo-pariétales ascen-

dantes étalées sur le côlon ascendant et se ramassant en faisceau à leur insertion pariétale à la façon d'un rideau renversé enserré dans son embrasse. Appendice long, non adhérent. Angle iléo-cæcal déformé par une bride sous-iléo-rétro-cæcale. Appendicectomie. Libération et résection des adhérences colo-ascendantes et libération de l'angle iléo-cæcal, greffe épiploïque libre sur la face antéro-externe du côlon ascendant déperitonisé.

Suites. -- Malade qui trainaille encore pendant 4 ou 5 mois après l'intervention puis qui reprend difficilement le dessus. Présente actuellement un état général somptueux. A augmenté de 11 kilogrammes, ne se plaint d'aucun trouble digestif.

OBSERVATION IV

Mlle Dup... S..., 29 ans. Se plaint de troubles digestifs caractérisés par des douleurs gastriques comparées à des brûlures qui se produisent une heure après les repas et des douleurs abdominales généralisées avec prédominance au niveau du point de Mac-Burney. Trois selles quotidiennes dans le courant de la matinée, pâteuses avec de nombreux aliments non digérés. Aurait maigri de 4 à 5 kilogs.

Examen clinique. — Etat général légèrement déficient. Tension artérielle Mx 13, Mn 9. Langue sale, cicatrice récente d'opération d'appendicite. Appendice non enlevé par le chirurgien parce que trop adhérent ou impossible à trouver. Ventre souple, sauf au niveau de la région cicatricielle fortement indurée encore. Douleur nette du plexus solaire. Sensibilité diffuse de tout l'abdomen avec cependant prédominance marquée au niveau de la région appendiculaire.

Examen radiologique. — Estomac normal, non ptosé,

deuxième portion duodénale nettement adhérente et non mobilisable. Cæcum complètement bloqué sur toute sa hauteur avec appendice fixe en situation oblique, la pointe se dirigeant vers la ligne médiane et en haut, très douloureux à la pression profonde; il attire la partie inférieure du cæcum qui décrit une légère courbe. Pas de stase cæcale; transit intestinal à peu près normal. Intestin cependant asynergique et non rempli de façon homogène.

Soumise pendant un laps de temps assez long à un traitement médical, va en Suisse où finalement on lui fait une hystérectomie au cours de laquelle on pratique une appendicectomie, l'appendice n'étant plus adhérent.

Etat général et local satisfaisant depuis.

OBSERVATION V

Mme Gar..., 20 ans, se plaint depuis deux ou trois ans de troubles digestifs caractérisés par perte d'appétit à peu près complète. Ballonnements gastriques se produisant une demi-heure après l'alimentation et vomissements bilieux presque quotidiens le matin à jeun.

Douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite, se généralisant parfois à tout l'abdomen avec constipation très opiniâtre. Emission de scybales avec glaires et peaux. Règles douloureuses assez abondantes.

Examen clinique. — Etat général moyen. Poids 46 kilogrammes. Tension artérielle Mx 12, Mn 9. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Langue sale, hyperesthésie du plexus solaire, ventre souple. Douleur très nette à la pression de la région cæco-appendiculaire.

Examen radiologique. — Estomac légèrement ptosé et dilaté. Contractions lentes. Léger degré de periduodénite

avec deuxième portion duodénale peu mobile. Stase iléale avec cæcum fixe et douloureux. Appendice en situation inféro-interne très sensible faisant recourber la partie inférieure du cæcum.

Intervention chirurgicale en 1927. Appendicectomie pour appendice très adhérent en position cæco-ascendante interne. Adhérences nombreuses fixant l'appendice sur le bord interne du côlon ascendant. Libération d'adhérences. Suites opératoires normales.

Actuellement la malade pèse 62 kilogrammes, a eu un accouchement normal, présente de la sigmoïdite. Mme Gar... a, en plus, fait un traitement médical très attentivement suivi.

OBSERVATION VI

Mlle Marc 24 ans vient d'être opérée d'une appendicite aiguë à chaud. L'opération a très bien marché; accuse depuis une inappétence absolue pour tous les aliments avec ballonnements gastriques immédiats qui durent environ deux heures.

Peu à peu les troubles augmentent; bientôt apparaissent des brûlures tardives et finalement des vomissements alimentaires parfois même bi-quotidiens. Pas de douleurs abdominales; constipation opiniâtre: une selle très dure tous les deux jours.

Examen clinique. Etat général moyen. Poids 62 kilogrammes. Tension artérielle: Mx14. Mn 8. Langue sale. Cicatrice d'appendicectomie normale Hypéresthésie du plexus solaire avec douleur nette pyloro-vesiculo-duodénale. Foie et rate normaux. Aucun autre signe de lésion organique.

Examen radiologique. — Estomac normal comme formes et comme dimensions. Contractions péristaltiques nettement exagérées, passage pylorique rendu difficile par spasme très marqué.

Bulbe duodéal déformé, fixe, très péristaltique. Deuxième portion duodénale déformée également non mobile. Brassages anti péristaltiques fréquents. Bulbe douloureux à la pression.

Légère stase iléale avec asynergie colique.

Un nouvel examen radiologique pratiqué deux ans après montre l'augmentation très nette de tous les signes duodénaux. Le duodénum est très douloureux, très fixe, les brassages antipéristaltiques très nets.

Il existe une forte stase iléale. Le cæcum est très fixe sur toute sa hauteur.

Intervention chirurgicale. — Laparotomie sus-ombilicale, périviscérite très marquée de la région hépatique avec enserrement du duodénum dans des adhérences très serrées de l'angle hépatique et du bord inférieur du foie. Rupture très douce de ces adhérences jusqu'au dégagement complet du duodénum dans toute sa partie sus-mésocolique.

Suites abdominales normales. Congestion pulmonaire de la base droite à évolution normale.

Dans la suite cessation des vomissements et de la sensation de gêne d'évacuation gastrique. Reprise progressive mais lente, du poids et de l'état général. En somme bon état à condition d'observer un régime doux.

OBSERVATION VII

M. Rou... J., 43 ans. Vu pour la première fois en 1926 pour des troubles digestifs remontant à deux ans et caractérisés par des ballonnements gastriques avec crampes, nausées. Des « coliques venteuses », 3 à 4 selles pâteuses par jour avec mauvais état général.

Examen clinique. — Signes banaux, langue sale, hyperesthésie du plexus solaire, point appendiculaire, point sous-hépatique, douleur dans la fosse iliaque gauche. Poids. 56 kilos 65. Tension artérielle: maxima, 15; minima, 8.

Examen radiologique. — Estomac normal. Plexus solaire non hyperesthésié. Périduodénite au niveau de la deuxième portion duodénale. Asynergie colique. Spasmes coliques gauches. Cæcum normal comme forme, peu mobile, douloureux, côlon transverse et descendant légèrement fixés. Sensibilité diffuse de tout le cadre colique.

Suivi depuis cette époque, n'a cessé de maigrir, a perdu en cinq ans dix à douze kilogrammes. A tout essayé, même l'homéopathie, et tombe de plus en plus dans la psychasthénie la plus marquée; n'est plus qu'une loque.

OBSERVATION VIII

(Thèse de JAULMES)

M^{me} M..., âgée de 21 ans, entre dans le service le 14 janvier 1925 pour irritabilité nerveuse avec paroxysmes anxieux...

Les troubles nerveux présentés par la malade remontent à octobre 1924 et semblent avoir été contemporains du re-

froidissement des lésions annexielles que la malade a présenté ; ils auraient débuté par des crises d'énervement accompagnées d'agitation et d'anxiété.

M^{me} M... sent que ses forces ont diminué; elle a perdu l'appétit, ses digestions sont pénibles; elle souffre d'une constipation opiniâtre, accuse quelques vagues douleurs abdominales, sans localisation précise.

Lorsque nous l'examinons M^{me} M... présente un état psychasténique très accusé. Elle pleure sans motif, est triste, concentrée sur elle-même, indifférente envers les autres. Elle a un air inquiet, préoccupé, parfois même angoissé. Elle reste des heures entières dans un coin de la salle, les bras ballants, le regard vague, l'air abattu; ou bien elle s'anime, conte ses maux aux autres malades, se lamente bruyamment sur son état, se dit condamnée et perdue.

L'examen neurologique montre des réflexes tendineux vifs, les diverses sensibilités sont intactes; pas de troubles oculaires; la force musculaire ne paraît pas diminuée. Rien de spécial au niveau des autres appareils sauf quelques algies mastoïdiennes du côté gauche. Réflexe solaire et pilo-moteurs positifs.

Une première radiographie faite à Béziers montre une ptose très marquée du côlon transverse (côlon en guirlande). L'examen radioscopique fait durant son séjour dans le service montre une péricisimoïdite à point de départ annexiel.

OBSERVATION IX (Thèse de JAULMES)

M. V..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} février 1926. Il se plaint de troubles digestifs, en particulier d'une cons-

tipation opiniâtre, accuse des douleurs abdominales, de sièges multiples et variables, d'apparition et d'intensité inconstantes sans relations avec les repas. La psychasténie qui accompagne ces troubles fait considérer du point de vue digestif M. V... comme un malade imaginaire. En effet, ces troubles abdominaux sont, depuis quelques mois, devenus l'objet des préoccupations dominantes de M. V..., ont capté à peu près toutes ses facultés d'attention, l'ont actuellement rendu incapable de toute autre activité intellectuelle; sa vie se passe à tenter des explications et des interprétations de ce qu'il éprouve. Son caractère s'en est trouvé modifié, il est devenu irritable, susceptible. V... est triste, se plaint sans cesse. On ne peut le faire parler qu'autant qu'on s'intéresse à ses troubles digestifs; il présente également de idées de revendication très exagérées.

Rien à retenir de l'étude des antécédents et de l'examen des divers appareils sauf des tics nerveux de la face; l'examen de l'abdomen même ne donne que des renseignements confus et imprécis.

Examen radiologique (Prof. LAMARQUE). — « Estomac se remplissant normalement, les parois sont souples et régulières. Contractions normales, mais n'entraînant pas d'évacuation. Région pylorique légèrement douloureuse à la pression. Au niveau de l'intestin, on ne constate que de l'atonie et de la ptose. Cette dernière est particulièrement accusée au niveau des angles droit et gauche. Le cæcum est allongé et paraît fixé ».

OBSERVATION X

(due à l'obligeance de M. le Docteur BAUMEL)

M. Hier... Gran..., 43 ans, a présenté, il y a six ans, de petites crises cataloguées appendiculaires. Aurait eu une nouvelle crise, il y a deux ans. Vient consulter, en 1932, pour des troubles gastriques durant depuis un an et de plus en plus forts, caractérisés par des douleurs à trois ou quatre heures de l'après-midi et qui durent jusqu'au repas suivants. Les mêmes douleurs recommencent la nuit vers deux ou trois heures du matin. Elles sont à siège épigastrique, mais irradient dans l'abdomen. Aurait de l'appétit, mais mange peu de peur de souffrir. Ballonnements de l'abdomen; quelques nausées.

Pas de douleurs abdominales spontanées. Constipation avec émission de selles dures et rubannées. Pas de glaires, pas de peaux, pas de sang. Pas de jaunisse. Aurait légèrement maigri. Pèse 56 kgs. T. A. Mx 17 Mn 9. Ni albumine, ni sucre. Nervosisme. Le malade dort mal, mais sans rêve ni cauchemars, sauf à une certaine altitude.

Examen. — Denture normale. Langue sale. Foie et rate normaux. hyperesthésie du plexus solaire. Douleur nette au point de Mac Burney. Léger degré de corde colique gauche. Ventre légèrement en bateau.

Examen radiologique. — Estomac normal comme volume, comme remplissage, comme contractions, comme évacuation. Hyperesthésie très nette du plexus solaire. Le duodénum est normal. Remplissage après repas normal dans sa durée (20-14-8); mais non rempli de façon homogène. Cæcum bien rempli, pas augmenté de volume, non douloureux, sauf au niveau de la région appendiculaire; la visi-

bilité est gênée par une stase iléale assez marquée. Le transverse est très spasmé et ne se remplit pas de façon continue et homogène. Spasme du sigmoïde. Le rectum est normal. Pas d'autre zone sensible du cadre côlique.

Plusieurs heures après, le rectum est évacué, le cæcum normal, la stase iléale diminue. L'appendice est visible. Sa pointe est en dedans et en haut fixée par sa pointe, très sensible sur toute son étendue.

Diagnostic. — Appendicite subaiguë avec colite spasmodique chez un périviscéritique.

Suites. — On note des alternatives de mieux et d'aggravation jusqu'en septembre. Le malade demande à être opéré. Il l'est en septembre 1933 à froid.

Examen radiologique en décembre 1934. — Rien de gastrique. Rien de duodénal. Sensibilité de la partie inférieure du cæcum peu mobile. Spasmes très marqués du côté du sigmoïde. Rectum normal. Abouchement iléo-cæcal visible. Adhérences avec l'iléon qui présente des inégalités de calibre. Il y a colite spasmodique avec périviscérite chez un malade présentant des crises diarrhéiques.

Le malade est resté bien portant quelque temps après l'opération. Mais il s'est remis à souffrir, avec perte d'appétit; pyrosis rythmé par l'alimentation. Ballonnement abdominal. Deux selles par jour, liquides, pas de sang.

Un traitement par ondes courtes amène une amélioration relative de 2 ou 3 mois. En février-mars 1935, présente de petites poussées de subocclusion.

Il sera opéré en période d'occlusion aiguë en septembre 1935 et mourra des suites opératoires deux jours après.

OBSERVATION XI

Mlle Alb..., 22 ans. Présente des troubles gastriques caractérisés par de l'anorexie, du ballonnement abdominal habituel après les repas. Douleurs abdominales droites avec constipation. Nervosisme, bâillements. Poussées d'urticaire. Rien à signaler dans les antécédents pathologiques.

Examen clinique. — Mauvais état général. Tombe en deux ans de 41 à 32 kgs. Langue sale. Denture normale. Abdomen très excavé. Douleurs au niveau du plexus solaire et sur tout le cadre colique. Gros cæcum nettement palpable. Murphy légèrement sensible. Facies bacillaire. Pas de lésions pulmonaires.

Examen radiologique. — Foie ptosé avec vésicule invisible après absorption de Foriode. L'estomac est atone, très nettement, se laissant dilater par son contenu, se contractant mal et peu. Le passage pylorique se fait au ralenti. Le duodénum est bien mobile, le cæcum complètement bloqué, sans augmentation de volume; l'angle hépatique est en bonne place, le transverse normal, le sigmoïde spasmé. L'intestin est très sensible au lavement baryté qui provoque des spasmes violents sur toute l'étendue du côlon. Le lavement doit être interrompu à plusieurs reprises: la colite est très marquée.

Revue en juillet 1933. — Importante constipation (8 jours). T. A. Mx 14, Mn 8. Pèse 52 kgs. Pas de sténose. Spasme gauche. Atonie cæcale colossale. Le cæcum après lavement devient deux à trois fois grand comme normalement. La région appendiculaire n'est pas douloureuse. Péri-viscérîte cæcale marquée.

Intervention chirurgicale à Narbonne. Libération d'adhérences. On n'a noté depuis aucune amélioration.

OBSERVATION XII

Mlle Dol... Mar..., 33 ans, est entrée au service le 17 février 1936. Dans ses antécédents héréditaires, on relève la mort par bacilliose du père, et la perte de trois frères morts de méningite à trois ans, deux ans et trois ans. Un seul frère a survécu. Il est en bonne santé. Comme antécédents personnels bronchite à l'âge de sept ans et scarlatine.

Le début de la maladie actuelle remonte à six ans. Il s'est signalé par des douleurs abdominales survenant après les repas et ayant un caractère de torsion. On note une certaine anorexie. Aucune modification du côté des selles. Mais depuis l'hospitalisation la constipation est apparue. Quelques nausées; jamais de vomissements, mais état nauséeux constant au cours des repas. En un an, la malade a perdu 20 kilogs.

Examen. — On note, dès l'abord, une très vive hyperesthésie du plexus solaire. Sur le cadre colique, douleur à la pression de toute la région cæcale sans localisation précise au point de Mac-Burney. Cette douleur s'étend à tout le côlon ascendant, à l'angle droit plus vivement, à l'angle gauche et au transverse. On ne note rien de spécial au niveau de l'anse sigmoïde. T. A. Mx 12, Mn 8.

Examen radiographique. — Une radioscopie a été pratiquée en 1930. Elle révèle un estomac ptosé, descendant au-dessous des crêtes iliaques et mobile. Zone douloureuse au niveau de la grande courbure. Nette hyperesthésie du plexus solaire. Le bulbe duodénal est coincé et la deuxième portion non mobilisable. Cæcum bien rempli, non douloureux dans sa partie haute; la zone inférieure est bloquée. La région cæco-appendiculaire est sensible. L'appendice n'est pas visible.

Etat actuel. — Continue à souffrir. Aucune amélioration. En traitement au vaccin de Hollande.

SYNDROME ANATOMO-PATHOLOGIQUE

« *Les périviscérites digestives représentent un syndrome anatomo-clinique de cause inconnue, ressortissant d'une modification de fixation d'un ou plusieurs segments du tube digestif dont l'aboutissant est un trouble du transit gastro-intestinal avec toutes ses conséquences locales et générales* ». (BAUMEL et ROUX).

Cette modification de fixation, souvent très considérable dans le domaine des Périviscérites digestives essentielles généralisées, constitue le caractère propre de cette essentialité. La cause déterminante peut varier, elle peut être de faible importance, ou échelonner son action sur de longues années; ce qui compte, c'est la réaction de l'organisme, réaction qui se traduit par tout un système de processus adhésifs dont les modalités sont nombreuses et variées.

Nous étudierons donc, d'abord, les causes de modification dans la fixation du tube digestif, puis ces modifications propres, locales d'abord, à distance ensuite. Cette étude macroscopique sera suivie d'un essai d'interprétation histopathologique.

A) Les lésions les plus communément observées sont constituées par des *Adhérences* soit du viscère à la paroi, soit de viscère à viscère. Ces processus adhésifs aboutissent à des modifications profondes de la statique abdominale. Quels que soient les éléments qu'elles unissent, LARDENNOIS en distingue deux variétés :

1° Les unes fibreuses, unissant étroitement « sans interposition de séreuse et sans fascia d'accolement par une véritable soudure qui a uni les circulations capillaires ». Intéressantes à connaître, car leur libération produit toujours des surfaces encruentées propices à la récidence ;

2° Les adhérences par accolement de deux surfaces séreuses qui restent décollables après section des tractus fibreux.

Ces adhérences sont le siège de rétraction de type cicatriciel qui ont pour effet, lorsqu'ils rapprochent deux segments d'une partie de l'intestin normalement rectilignes ou à légère angulation, d'en effectuer *la coudure* en épingle à cheveux qui apporte facilement au transit un obstacle considérable.

B) *Les Brides* sont des tractus fibreux de longueur et d'épaisseur variables qui affectent toutes les formes et peuvent prendre tous les rapports. Elles peuvent se présenter en « arcades, ponts, nœuds », etc. (LARDENNOIS).

Elles constituent un danger d'étranglement et facilitent les coudures dont elles peuvent être à la fois la cause et la charnière.

Parmi ces brides décrites par A. LANE, il en est de deux sortes: les unes dues à la périviscérite adhésive, les autres d'origine congénitale, dérivant d'anomalies de fixation des mésos et de la rotation intestinale.

C) Nous décrirons ensuite ce que LARDENNOIS appelle les PLISSEMENTS SÉREUX MEMBRANIQUES. Le type en est le *pli pariéto-colique* ou membrane de Jackson considérée par MUTEL et FOURCHE comme une formation anatomique normale mais rare. Elle est constituée par le pli pariéto-colique ou pariéto réno-colique distendu par l'accroissement interstitiel de la paroi postérieure du colon entre le

pli lui-même et l'insertion mésocolique. Plus fréquentes à gauche, où elles se plaquent sur la face inféro externe du mésocolon pelvien, on les rencontre aussi à droite, où elles revêtent souvent le cæco-colon (LARDENNOIS). A ce niveau, elles ont l'aspect d'une « *membrane péritonéale transparente entourant le gros intestin du bord supérieur du cæcum jusqu'à l'angle hépatique. Cette membrane sillonnée de petits vaisseaux et constituée dans leurs intervalles de bandes fibreuses très fines se perdait, en arrière, dans le péritoine pariétal. Elle fixait le colon qui, raccourci dans sa longueur, formait des replis au-dessous d'elle* ». (LENORMANT). Ces replis, formés de deux feuilletts péritonéaux accolés, ont un bord libre qui s'avance tout autour du tube colique, le contourne peu à peu et finit par l'engainer jusqu'à son bord opposé. C'est ce bord libre qu'il faudra trouver si l'on veut pratiquer le décollement correct de la membrane.

D) Un facteur important de troubles dans le fonctionnement intestinal réside dans LA PTOSE. Celle-ci, en effet, a pour effet d'accuser les angles normaux de suspension, de tirailler sur les mésos et, selon l'expression d'A. LANE, de « cristalliser les lignes de force ». Lorsqu'elle agit sur un intestin déjà bridé, c'est elle qui va déclencher la sténose, qui peut aller jusqu'à la subocclusion.

E) Enfin, LA PLICATURE ET LA RÉTRACTION DES MÉSOS peuvent agir par l'accentuation des dispositions normales ou comme au niveau du duodénum en transformant une membrane en une corde sous laquelle le conduit sera écrasé.

ETUDE TOPOGRAPHIQUE

Nous ne prétendons pas décrire toutes les combinaisons de formes que peuvent prendre les Périviscérites digestives essentielles généralisées, mais simplement énumérer quelques-uns des aspects les plus fréquemment rencontrés.

Là encore nous suivrons la classification de LARDENNOIS dans son rapport au Congrès de Chirurgie 1927. Les lésions les plus habituelles peuvent se rencontrer sur :

- 1° Le segment iléo-cœcal ;
- 2° L'angle droit ;
- 3° L'angle gauche ;
- 4° L'anse sigmoïde.

Nous étudierons ensuite les lésions siégeant sur le grêle.

1° SEGMENT ILEO-CŒCAL. — A ce niveau, et surtout dans les quinze derniers centimètres de l'iléon, on peut rencontrer trois catégories DE BRIDES DE LANE. a) l'iléon, normalement, monte vers le cœcum pour s'aboucher à lui (PORCHER). On rencontre souvent un iléon montant, puis, à cinq centimètres de son arrivée dans le cœcum, faisant un angle aigu et redescendant. Cela est dû à ce que LANE a décrit comme une *bande de renforcement du mésentère destinée à soutenir l'iléon*. Cette coudure aiguë se produit quand le sujet est debout.

b) Une autre bride s'insérant à huit ou dix centimètres de la valvule iléo cœcale peut, au contraire, attirer vers en bas, dans la direction du péritoine pelvien, le segment iléal et le retrécir au niveau de cette nouvelle coudure.

c) La bande pré-iléo-cœcale « *épaissie et saillante, fibro graisseuse qui semble écraser l'angle iléo cœcal en passant*

au devant de lui pour s'étendre jusqu'au niveau du repli iléo appendiculaire ». (LARDENNOIS).

Outre ces brides, on peut observer à ce niveau des DÉVIATIONS STÉNOSANTES. a) Le cæco-colon tourne sur lui-même en dedans et vient s'appliquer sur la face antérieure de l'iléon dans sa partie terminale.

b) Les derniers centimètres de l'iléon viennent s'accoler à la paroi interne du cæcum.

c) Il peut y avoir « enroulement » du bord postéro interne du cæcum sur la face postérieure des derniers centimètres de l'iléon.

Dans ces trois cas, la libération possible des adhérences n'aura de valeur que sous la garantie de ligatures.

LA PÉRICOLITE MEMBRANEUSE, enfin, est assez fréquente. Son étendue est variable, de même que son degré d'adhérence et que son épaisseur. Elle peut, par zones, être le siège de rétraction et enserrer le cæco-colon jusqu'à le sténoser.

2° ANGLE COLIQUE DROIT. — La lésion la plus fréquente est l'accolement en canons de fusil du colon droit et du colon transverse. C'est ce dernier qui est déplacé et, venant se ranger parallèlement au colon ascendant, transforme en M majuscule l'aspect en U renversé qui est habituel au cadre colique. Le processus adhésif atteint toute la partie initiale du transverse, qu'il maintient par un quadruple rang d'adhérences (LARDENNOIS).

3° ANGLE COLIQUE GAUCHE. — Il sera modifié par déformations scléreuses des ligaments spléno coliques et pariéto-coliques gauches. Son angle normal est plus élevé et plus fermé que le droit. Il y aura de même, pour celui-ci, accolement en canons de fusil, avec formation d'une sorte de bague qui enserrera les deux segments parallèles.

4° ANSE SIGMOÏDE. — L'anse sigmoïde peut adhérer au rectum, à la vessie, à l'utérus, aux annexes, à la paroi. Elle peut être le siège de formation de plis péritonéaux. Mais ils sont surtout fréquents au niveau du méso-sigmoïde. Ils peuvent affecter deux modalités : a) Ils diminuent la hauteur du méso pelvien par plissements partis du péritoine externe. b) La méso sygmoïdite rétractile, avec plis transversaux resserre d'abord la boucle du colon pelvien, puis gagne peu à peu vers son sommet.

5° DUODENUM ET INTESTIN GRELE. Au niveau du grêle les processus adhésifs se comportent de la même manière et tous leurs modes d'actions se peuvent rencontrer. Les adhérences agglutineront par paquets les anses intestinales, avec toutes les possibilités de coudures, d'étranglements, de formations d'anneaux qu'elles comportent. Les brides auront le même comportement que vis-à-vis du colon, encore qu'on ne puisse guère les systématiser. Peut être considérée comme une bride la « corde mesoentérique » bloquant la troisième portion du duodenum (ROKITANSKI). De même, P. DUVAL et Ch. ROUX ont décrit, dans un cas de Périduodénite sténosante congénitale, une bride fibreuse s'insérant sur l'extrémité droite du hile hépatique d'une part, sur le point qui unit le pylore et le duodénum d'autre part. Ces auteurs décrivent encore deux variétés de membranes suivant leur siège :

a) Celles qui adhèrent au bulbe et à la portion sus mesocolique du duodénum.

b) Celles que l'on rencontre sur les troisième et quatrième portions, l'angle duodeno jéjunal, la première anse jéjunale.

On peut rencontrer aussi des rétractions et des plicatures au niveau du mesentère.

HISTOPATHOLOGIE DES P. E. G.

Surtout étudiée par LETULLE, WALTHER et BEAUJARD, TRÉMOLIÈRES et OLIVIER, l'anatomie microscopique des péricaviscériles essentielles n'a pas apporté les indications étiologiques que l'on pouvait espérer. On a rarement trouvé des lésions spécifiques susceptibles d'en indiquer l'origine.

Ces lésions spécifiques dénoncent parfois une étiologie syphilitique. On a alors les lésions classiques décrites par LETULLE et BERGERON et caractérisées par le morcellement de la lame élastique sous-péritonéale (E. BOLKANSKI). La tuberculose est rarement signée par la découverte de follicules typiques. L'existence de ganglions correspondants atteints est assez aléatoire.

Les lésions non spécifiques vont de l'inflammation aiguë à la sclérose pure en passant par l'état congestif, l'état hémorragique, l'état diapédétique, la sclérose jeune et la sclérose ancienne.

Au niveau de l'intestin, les lésions histologiques suivent les deux périodes successives du syndrome. A la période compensatrice la muqueuse est hyperhémie et infiltrée; à la période d'asystolie, c'est la couche musculaire qui est atteinte et dégénérée, avec disjonction de la couche élastique.

Les membranes de la péricaviscérile encapsulante ont été étudiées par P. LECŒUR d'une part, Louis MOREL et FABRE de l'autre. Ils ont décrit « *une structure fibreuse très pure, constituée d'une série de lames collagènes superposées avec rares noyaux de fibroblastes allongés dans les interstices. Rares mononucléaires et quelques lymphocytes, mais il n'y*

a aucune trace de réaction inflammatoire à type banal ou tuberculeux ». (LECŒUR). MOREL et FABRE notent également que rien ne permet d'approcher le diagnostic étiologique. Les périviscérités essentielles retentissent sur les viscères sous-jacents. Il y a propagation de l'inflammation de la séreuse vers les tuniques intestinales. Il n'y a pas atteinte de la muqueuse. (TRÉMOLIÈRES et OLIVIER). Les autres tuniques sont épaissies et sont le siège de lésions par sclérose interfasciculaire ou atrophie dégénérative particulièrement actives au niveau de la couche musculaire. L'atteinte du plexus nerveux intestinal modifie profondément le tonus de l'organe et trouble sa vitalité et son fonctionnement.

SYNDROME CLINIQUE

Le caractère essentiel du syndrome clinique de Périviscérite digestive essentielle réside dans son extrême variabilité. L'analyse des observations, aussi bien que tous les témoignages de tous les auteurs qui se sont attachés à cette question en font foi. Ce caractère est d'ailleurs fonction des faits anatomo-pathologiques. En effet, les localisations extrêmement variées des processus adhésifs, leur action directe par contiguité, ou les modifications d'ordre mécanique qu'ils apportent au transit, et cela le plus souvent avec ralentissement à distance en amont et en aval, cet ensemble ne peut avoir qu'une traduction semeiologique assez mal définie et chez le même sujet, au cours de la maladie, des manifestations successives différentes.

Dans le tableau clinique des périviscérités généralisées on retrouvera toujours, peu ou prou, « *des troubles fonctionnels gastriques ou intestinaux avec ou sans élément douloureux surajouté et des troubles de l'état général* ». (BAUMEL et ROUX).

Les signes facilement polymorphes qui constituent ce syndrome clinique n'ont, on le voit, rien de pathognomonique. C'est encore une de leurs caractéristiques. Les périviscérités adoptent volontiers la symptomatologie des viscères qu'elles intéressent tant dans leurs manifestations fonctionnelles que douloureuses. On ne devra donc pas

s'attendre à trouver, dans le tableau clinique de ces affections les éléments certains qui permettent d'édifier un diagnostic. Nous pouvons cependant souscrire à la proposition de PAGÈS disant que « *dans de très nombreux cas on peut trouver dans les seules ressources de la clinique des moyens de soupçonner le diagnostic de périviscérite, sinon de l'affirmer* ».

Avec PAGÈS encore nous placerons sous quatre chefs les différents cas qui peuvent se présenter. Nous étudierons successivement les algiques, les dyspeptiques, les psychonévrosiques, les cas mixtes.

Communes à ces groupes, nous traiterons des manifestations névropathiques, auxquels PAGÈS et ses élèves, et tout particulièrement JAULMES, ont attaché une très grosse importance, et aussi des atteintes de l'état général qui découlent des modifications de tous ordres qu'entraînent les processus adhésifs du péritoine viscéral. Nous parlerons en dernier lieu des données de l'examen somatique.

LES ALGIQUES

L'élément douleur joue, le plus souvent, un rôle important. Il est presque toujours la cause de la visite au médecin. Les caractères généraux de cette douleur dans les périviscérités essentielles généralisées sont de trois ordres :

1° Elle est d'intensité réduite, assez facilement supportable; elle consiste, la plupart du temps, en une sensation de gêne, de douleur, d'endolorissement continu, de pesanteur, « d'encombrement ». (Pierre DUVAL). Pour BAUMEL et ROUX, « *elle traduit la gêne fonctionnelle du viscère en cause, au moment où, physiologiquement, il entre en action* ». Il est donc logique d'en déduire que ses horaires

seront variables, dans les cas de périviscérite générale, durant toute la durée du transit digestif et suivant le degré d'importance des modifications apportées par les lésions. La localisation des adhérences et les lésions viscérales qui en découlent commanderont aussi l'intensité des phénomènes douloureux. Ces horaires, d'ailleurs, n'auront pas une très grosse valeur semeiologique. L'apparition précoce de la douleur, avec manifestations gastriques dyspeptiques, pourra très bien n'être que la traduction du retentissement sur la partie haute du tube digestif d'une lésion péricœcale ou d'une péricolite.

Ces douleurs d'intensité réduite et de forme atténuée le plus souvent, ont ceci de particulier, qui les différencie d'avec les douleurs aiguës de certains états viscéraux, de ne céder jamais et d'être accusés par l'ingestion des aliments (TRÉMOLIÈRES et OLIVIER). Elles seront exagérées par la fatigue musculaire et la station debout prolongée. Les périodes de constipation fréquentes interrompues par des crises diarrhéiques en exagèrent l'intensité. Elles font apparaître des accès douloureux plus ou moins aigus laissant après eux un endolorissement accusé.

2° Elle est à topographie multiple. Non pas localisée en un seul point, mais en quelque sorte étagée (PAGÈS) et réalisant le syndrome douloureux des trois carrefours (Gaston DURAND) où la douleur intéresse simultanément l'épigastre, le carrefour sous-hépatique et la fosse iliaque droite. Manifestation dans ce cas aussi bien d'atteintes successives de ces trois régions, ou de la prédominance au niveau du cœcum de lésion périviscérale à retentissement à distance, par péristaltisme exagéré du côté de l'estomac, avec hypersécrétion et hyperacidité suivies le plus souvent de spasme du pylore et d'irritation de la muqueuse duodénale par irruption des liquides de stase, conséquence de

l'hypérexcitation gastrique compensatrice de la stase iléo cæcale.

3° Un des rares signes que l'on puisse peut-être dire pathognomonique dans le domaine de la douleur, réside dans le fait qu'elle est souvent réveillée ou accusée par le mouvement et particulièrement par l'extension forcée du tronc, qui réalise l'élongation du plexus abdominal par étirement des adhérences. Pour TRÉMOLIÈRES et OLIVIER, l'élévation et l'extension des bras suffisent à provoquer cette accentuation de la douleur. Ces deux auteurs ont aussi observé l'irradiation vers l'épaule gauche.

En dehors de ces trois caractéristiques, les phénomènes douloureux prennent l'allure des manifestations algiques des viscères intéressés. C'est ainsi que SOUPAULT décrit, dans les périoduodénites, deux formes anatomo cliniques : la forme mésocolique avec douleurs à type duodénal ou vésiculaire, mais frustes cependant en leurs localisations, et la forme sous-mésocolique à manifestation sous-ombilicale avec gêne et distension postprandiale. Les périviscérites généralisées à prédominance *iléo cæcale* expriment la symptomatologie si bien décrite par LARDENNOIS avec douleurs de la fosse iliaque droite et sensibilité en amont sans parler du retentissement gastroduodénal compensateur qui peut égarer le diagnostic. Elle pourront prendre la forme *entéro colitique* de TRÉMOLIÈRES et OLIVIER avec sa douleur diffuse de tout l'abdomen et sa palpation douloureuse de tout le cadre colique; ou sa *forme biliaire pseudo lithiasique* où le syndrome algique est souvent la seule manifestation clinique, siégeant avec persistance dans l'hypocondre droit, sous forme d'endolorissement simulant parfois la crise colique.

Enfin la douleur affecte assez souvent la forme de la brûlure dans la stase duodénale primitive ou secondaire

décrite par DE VADDER. Le pyrosis est le phénomène majeur avec endolorissement de l'épigastre, et du côté de l'estomac, sensation de plénitude, de gonflement, de tension douloureuse.

Accompagnant souvent toutes ces manifestations, un phénomène fréquemment signalé est la céphalée. « *Continue dans certains cas, elle apparaît déjà le matin au réveil et persiste toute la journée. C'est alors une véritable lourdeur de tête plus qu'une douleur* ». (BAUMEL et ROUX). Son caractère principal est d'être réfractaire à toute médication aussi bien analgésique qu'anaphylactique. Elle n'est pas modifiée par le régime. C'est surtout dans les cas de périiduodénites avec stase duodénale (DE VADDER) ; BAUMEL et ROUX signalent une autre forme de céphalée, celle-ci moins régulière et moins persistante et qui est liée à un état anaphylactique dû au régime ou à une période de constipation. Le traitement étiologique de ces migraines en amènera la sédation.

Ajoutons avec LARDENNOIS que les crises de dyspepsie douloureuses et migraineuses sont souvent en accord, chez la femme, avec les périodes menstruelles.

Les douleurs des viscères s'expliquent le plus souvent par la sensibilité douloureuse du mésentère. Le point de départ du processus siègerait au niveau de la symphyse interviscérale.

Il y aurait alors soit des modifications d'ordre circulatoire avec ischémie relative, soit une dégénérescence ascendante de la fibre sympathique.

Mais à ces considérations pathogéniques vient s'ajouter aussi la discussion sur l'étiologie commune possible des périviscérites et des troubles psychiques. Nous y reviendrons dans le chapitre général qui s'y rapporte.

Un signe relevé de façon à peu près constante par BAU-

MEL dans ses nombreuses observations, et dont la fréquence est telle qu'elle lui confère une valeur diagnostique complémentaire très grande, est l'hypéresthésie du plexus solaire à la palpation ou à la pression au cours de l'examen radiologique.

LES DYSPÉPTIQUES

« *Pas plus que la douleur, les troubles dyspeptiques en rapport avec les périviscérités n'ont de type significatif* ». (P. PAGÈS). Ils vont de la simple nausée jusqu'aux accidents aigus de l'occlusion. Ils ne présentent pas forcément de lien direct avec la lésion, et leur retentissement à distance est souvent assez lointain. L'exemple typique en est donné par la symptomatologie gastrique de la stase iléo-cœcale. Nous y reviendrons. Variable dans ses signes, la dyspepsie l'est également dans la prédominance de ceux-ci. Seul le faisceau de ces caractères, dont aucun n'est pathognomonique, pourra conduire au diagnostic.

Plus que la localisation des lésions auront d'importance seméiologique les lésions viscérales qui en résultent, et aussi le mode réactionnel de l'organisme commandé par le système neuro-végétatif. Mais il conviendra, au cours de l'interprétation que prédomine cette notion constante du polymorphisme habituel de ces signes, polymorphisme tel que seul parmi tant d'éléments divers il peut constituer un symptôme.

TROUBLES GASTRIQUES. — « *Ce sont souvent des manifestations pathologiques de l'estomac qui poussent les malades à venir consulter* » (BAUMEL et ROUX). Ces états gastriques peuvent provenir de deux causes : a) cause directe : une périviscérite à prédominance gastrique ; b) cause indi-

recte : retentissement gastrique de lésions péricoliques.

a) Dans les forme à prédominance périgastrique, c'est surtout dans le cas de *symphyse postérieure* (BOLTANSKI) que les troubles dyspeptiques sont surtout évidents. La *symphyse gastro-pancréatique* ou *gastro-cœliaque*, la première surtout, donnent lieu à des modifications des sécrétions interne et externe du pancréas. La *périgastrite de la grande courbure* détermine avec une hyperchlorhydrie réflexe, des diarrhées post-prandiales, conséquences de la réplétion gastrique. Enfin la *sténose médiogastrique* est la cause fréquente de vomissements souvent précoces.

b) Mais plus importante que ces actions directes, c'est surtout par réaction compensatrice qu'agissent à distance sur l'estomac les lésions périçœcales et péricoliques du syndrome.

« ... Il existe entre tous les segments du tube digestif que les Anatomistes ont séparé en tronçons pour la commodité de leurs descriptions, une indéniable solidarité de fonctionnement » (LARDENNOIS).

Que des adhérences gênent l'intestin dans son fragment colique et la stase s'installera, par congestion et souffrance du côlon. Contre cette stase qui fait obstacle à son débit, l'intestin en amont, luttera et pour compenser la stagnation cæco-colique deviendra *hyperkinétique*. Mais comme il advient de tout muscle soumis à un effort au-dessus de ses possibilités, à la période de compensation, succède une période d'épuisement, « *d'asystolie* » a-t-on écrit. La stase gagnera en amont et finalement l'effort compensateur sera demandé à l'estomac.

L'estomac connaîtra donc, au cours des Périviscérites essentielles, deux phases successives.

a) Dans la première il manifestera un « *péristaltisme excessif* » (LARDENNOIS). Il se traduit cliniquement par de la

sensibilité douloureuse, du *ballonnement* avec *sensation de réplétion* et *état nauséeux*. L'évacuation sera assez rapide. Elle aura pour effet, dans certains cas, du fait de l'incomplète digestion gastrique, une irritation du duodenum avec chasse biliaire et pancréatique déterminant des crises de *diarrhée post-prandiale*. Cet état d'irritation locale et d'hyperkinésie peut entraîner l'apparition de *spasmes du pylore*. Aux *douleurs gastralgiques tardives*, succéderont, de ce fait, des *douleurs précoces*, signes de l'évolution de la pathologie gastrique. LARDENNOIS fait remarquer que ces états de gêne digestive *ne sont calmés* ni par la *belladone*, ni par l'*atropine*, qui paraissent au contraire les accentuer par l'inertie qu'elles entraînent.

b) A la période *compensatrice* va succéder celle d'*asystolie*. L'estomac dilaté, ptosé, sera *atone*. L'évacuation des repas deviendra lente, traînera. L'hypersécrétion initiale sera suivie d'hypo-sécrétion, d'hypopepsie, avec de brefs réveils d'irritabilité caractérisés par des crises de diarrhée suivant de longues phases de constipation, et par des vomissements.

L'appétit sera toujours plus ou moins modifié. Tantôt simplement capricieux avec alternatives de fringale et d'inappétence, il peut être parfois diminué constamment et s'allier à un certain dégoût pour les viandes et surtout pour les graisses (BAUMEL et ROUX).

Le *ballonnement gastrique*, la sensation de *réplétion* si souvent décrite, ces malades l'éprouvent fréquemment au cours des repas, presque toujours dès la fin de ces repas. La digestion, accompagnée de cette impression de lourdeur gastrique dure longtemps et s'étend parfois jusqu'au repas suivant, et jusqu'au lendemain même.

Le *Pyrosis* plus ou moins tardif, apparaît plus fugace et

moins intense que dans les cas d'ulcus. Il n'est pas transfixant.

Les vomissements alimentaires sont fréquents et viennent mettre fin bien souvent aux crises de ballonnement (BAUMEL et ROUX). On les rencontre comme signes précoces et fréquents de la stase duodenale (DE BEULE). Ces vomissements ne paraissent pas liés à une cause mécanique. On ne retrouve jamais dans ces vomissements des aliments ingérés la veille.

A ces manifestations, il convient d'ajouter deux signes importants, conséquences des troubles gastriques : la sialorrhée et l'aérophagie.

La Sialorrhée est signalée comme fréquente par LARDENNOIS. Elle contribue au développement de l'aérophagie par déglutition.

L'aérophagie « réaction automatique à tout obstacle digestif » (LARDENNOIS), peut entraîner des malaises. Elle est souvent à la base de la sensation de réplétion, elle peut causer des palpitations douloureuses, de la dyspnée, de l'angoisse précordiale simulant les crises d'angor. Au stade d'aérocolie elle peut agir en se « bloquant » sur un spasme ou une coudure et provoquer tous les signes d'une occlusion vraie. L'aérophagie est néfaste également par l'entretien des sensations douloureuses agissant péniblement sur le psychisme déjà souvent atteint du malade.

TROUBLES DUODÉNAUX. — Ils sont extrêmement fréquents. Comme pour l'estomac, nous examinerons deux ordres de causes : a) les causes par prédominance locale ; b) les causes par retentissement, ou par réaction compensatrice.

a) *Cas de prédominance locale.* Ils auront, de par la situation du duodenum, un retentissement sur le foie, l'estomac et le pancréas. Mais ce qui domine dans ce chapitre,

de la pathologie duodénale, c'est l'importance des toxines de résorption duodénale, importance soulignée par DE BEUIE dans son *Etude sur la stase duodénale chronique*. Cette résorption toxique se traduit cliniquement par de violentes *céphalées post-prandiales* pouvant déterminer des troubles nerveux dont l'extrême peut être la vésanie avec crises. Il y a amaigrissement très rapide et considérable, avec perte de poids, teint anémié, terreux et bistré comme dans certains états tuberculeux.

b) *Troubles par réaction compensatrice*. — Ils s'intriquent dans leur symptomatologie avec les manifestations intestinales d'une part, les manifestations gastriques d'autre part. On retrouvera ici, l'hyperkinésie avec péristaltisme exagéré, et transit ralenti dont l'expression clinique sera l'état nauséux, et subvertigineux dont parle LARDENNOIS. P. DUVAL et ROUX ont d'autre part décrit les migraines duodénales, continues, durant deux ou trois jours avec douleurs en barre, anorexie et vomissements bilieux. Ici encore, se retrouve la diarrhée post-prandiale.

La stase lointaine amène la stase duodénale. Celle-ci entraîne l'irritation et l'inflammation. Selon la loi de STOCKES : « *Un muscle en contact avec une séreuse ou une muqueuse enflammées devient atone, atrophique et se laisse distendre* », cette inflammation provoque l'apparition de l'atonie et la ptose ; au niveau du pédicule mésentérique, la mésentérite rétractile ; et c'est la compression de la troisième portion du duodénum. C'est un cercle vicieux.

TRoubles PÉRIENTÉRITIQUES. — Surtout étudiée par CASTAIGNE et PAILLARD, GOLTRAIN et BAUFFLE, la périentérite se manifeste cliniquement par un état douloureux chronique avec alternances de diarrhée et de constipation. Il y a ballonnement de l'abdomen. La palpation est douloureuse au

niveau de l'ombilic et aux environs du point de Mac-Burney. On a parfois noté de la stase en amont, avec toutes les conséquences que cela entraîne.

PORCHER fait cependant remarquer que « *Lorsque le grêle est le siège réel de pareilles lésions (agglut. par adhérences) ce n'est plus la périviscérite qui compte, mais l'occlusion ou la subocclusion* ». Et l'on admet facilement avec lui que le grêle « supporte » moins bien le voisinage et les effets d'adhérences que le colon droit, transverse ou gauche.

TRoubles COLIQUES. — Là encore nous retrouverons la symptomatologie déjà décrite au début de cette étude, symptomatologie en deux parties, la première liée à l'état compensateur, la deuxième à l'état d'hyposystolie. Mais s'y ajouteront les signes locaux des très fréquentes péricolites à prédominance droite.

Très souvent le malade se plaindra de lourdeur, de sensation de plénitude et de douleur aussi dans la fosse iliaque droite.

La Constipation, phénomène à peu près constant, rebelle aux laxatifs, peut manquer et être remplacée par une diarrhée qui traduit l'inflammation de la muqueuse intestinale. Cette lésion est souvent liée à une stase en amont, stase dont les liquides irritent la muqueuse et favorisent son inflammation. A cette cause peuvent se rattacher les états spasmodiques de la portion terminale du colon qui accompagnent ces lésions. La constipation peut être coupée de crises diarrhéiques qui sont la traduction de certains efforts compensateurs du tube digestif quand elles ne sont pas post-prandiales, ce qui entre encore d'ailleurs dans le cadre de la réaction compensatrice.

A la phase d'atonie intestinale et gastrique, on aura des selles contenant des parcelles alimentaires non digérées,

malgré le ralentissement du transit (BAUMEL et ROUX). C'est qu'avec l'atonie est apparu une hyposécrétion digestive, et surtout gastrique. L'intestin est alors le siège de fermentations dont le résultat est l'apparition de gaz et la productions de selles fétides, avec augmentation de volume du ventre et météorisme plus ou moins accentué dus à l'atonie des parois du colon et de ce fait, les évacuations intestinales deviennent de plus en plus rares.

BAUMEL et ROUX insistent sur l'importance fréquente des troubles diarrhéiques, tels qu'ils peuvent faire penser à l'existence possible d'une tuberculose intestinale (obs. VII).

Au niveau du *colon transverse*, l'aérocolie pourra produire une biloculation gastrique avec tous les troubles fonctionnels y afférents. Ce seront la tension douloureuse avec pyrosis intermittent, de rares vomissements et la constipation habituelle.

Le point d'élection des colites par retentissement en aval, déjà décrites, sera le colon pelvien et le rectum. Elles peuvent entraîner, par l'état spasmodique qu'elles déterminent, des troubles hémorroïdaires à ce niveau. Quant aux *péritisimoïdites*, elles se manifestent le plus souvent par des débâcles diarrhéiques avec phénomènes dysentériques succédant à de longues périodes de constipation. Il y aura sensation de douleur profonde avec lourdeur. La stase intestinale chronique peut, par atonie, amener une certaine dyschésie « *trouble pur du mécanisme de l'exonération* » (CHIRAY et LEBON). Les manifestations différentes de la stase intestinale chronique à droite et à gauche ne sont pas les mêmes. Cela ne nous paraît pas une raison suffisante pour les opposer. Ce qui varie, c'est la physiologie des segments coliques et non pas la stase.

Les périviscérités gastro-intestinales auront un retentis-

sement sur les différents viscères abdominaux et sur les systèmes circulatoire et respiratoire qu'il importe de ne pas méconnaître. Les signes nerveux de ces affections constituant à eux seuls un symptôme, seront étudiés dans un chapitre spécial.

L'organe qui subira le premier, les effets des troubles dyspeptiques sera le FOIE : l'atteinte de la muqueuse intestinale par des contenus irritants, toxiques et septiques aura pour conséquence une surcharge du foie dans sa fonction antitoxique. On aura donc d'abord, de la congestion hépatique, puis de la rétention biliaire, enfin de la cholécystite. C'est la *forme biliaire* décrite par TREMOLIÈRES et qui se traduit par de la cholémie, du subictère, des poussées d'ictère catarrhal subfébrile avec hypertrophie du foie. Par elle, finit par s'installer l'insuffisance hépatique. Durant les périodes post-prandiales on observera des migraines et un état d'asthénie très poussé avec somnolence, signe de l'intoxication.

LA VÉSICULE BILIAIRE exprime son atteinte par le tableau de la cholécystite chronique non lithiasique : teint subictérique, petites poussées thermiques intermittentes à 37°8 ou 38° avec lassitude et asthénie extrême. Les malades se plaignent d'une douleur sourde et continue de l'hypocondre droit. On notera parfois la fixité du point vésiculaire et l'irradiation du côté de l'épaule droite. Cet état torpide est entrecoupé de paroxysmes douloureux qui ont ce caractère, d'être tantôt à type colique avec débauches diarrhéïques, tantôt de type vésiculaire rappelant les coliques lithiasiques.

LE REIN souffrira comme le foie et de par la carence hépatique secondaire, de la toxi-infection chronique. Cet état se traduit d'abord par une insuffisance fonctionnelle, susceptible d'amélioration. Mais à la fin, il y a altération du

parenchyme et installation du mal de Bright. On constate chez de tels malades une *oligurie* liée à la gêne de la circulation colique, oligurie à laquelle se superpose souvent une albuminurie, conséquence de la lésion parenchymateuse. On peut observer alors tous les signes habituels de la néphrite chronique et les troubles de l'urémie digestive.

Le rein peut être atteint de façon plus aiguë, de pyélonéphrite liée à la pullulation colibacillaire intestinale (HEITZ-BOYER).

L'APPAREIL CIRCULATOIRE est sujet à des troubles le plus souvent fonctionnels et liés aux réactions neuro-végétatives de l'organisme. Ces troubles affectent un type particulier. Le *type vagotonique* comporte le ralentissement des échanges, les spasmes, les vertiges, de la bradycardie et de l'hypotension. Le type sympathicotonique se manifeste par de l'agitation, de l'insomnie, l'exagération des échanges, du tremblement, des palpitations douloureuses, de l'arythmie et de l'hypertension. Ces symptômes sont en général subordonnés aux réactions coliques et gastriques ; ils sont bruyants mais passagers (LARDENNOIS).

L'APPAREIL RESPIRATOIRE est en général peu atteint. On peut cependant noter parfois une insuffisance respiratoire par inertie diaphragmatique avec état subasphyxique coupée de polypnée réflexe. On trouvera parfois de la congestion d'une base, sans justification apparente. Enfin, la pérityphite adhésive peut être la cause déclanchante de crises d'asthme réflexes décrites par ENRIQUEZ et GUTMANN.

LES PSYCHONEVROSIQUES

Les Périviscériles digestives essentielles s'accompagnent souvent de troubles psychiques. Ils sont signalés par pres-

que tous les auteurs qui ont étudié cette question. « Souvent, dit CARNOT, on constate un état mental de neurasthénie duodénale sur lequel insistent les Américains ».

La plupart des auteurs signalent, au chapitre des complications, des migraines d'une intensité extrême (C.-J. ROUX), des bouffées de chaleur avec vertiges (KELLER). Chez d'autres, c'est de la nervosité très accentuée signalée dans plusieurs observations par TREMOLIÈRES et OLLIVIER ; accompagnée de cauchemars ou d'insomnies. LIBERT encore, signale les migraines sur lesquelles, au chapitre des algiques, nous avons déjà noté les observations de ROUX et BAUMEL.

La plupart de ces auteurs ne virent que des rapports assez lointains entre ces manifestations et la périviscérite. Ils y virent le plus souvent la « traduction d'une auto-intoxication ou de la coprostase », conséquence des gênes apportées au transit.

C'est à Montpellier, MM. EUZIÈRES, PAGÈS et F. JAULMES, qui ont fait entrer ces troubles dans le cadre habituel des périviscérites. Ces auteurs pensent qu'ils sont d'ordre sympathicotonique et traduisent la souffrance du sympathique abdominal. JAULMES a publié dans sa thèse, quatorze observations particulièrement démonstratives. « Les diagnostics posés sont ceux de psychasthénie, de mélancolie, de dépression anxieuse. Ainsi s'impose une première constatation : la dépression et l'anxiété constituent le fond des états mentaux d'origine périviscéritique » (JAULMES).

Cet auteur place en première ligne, la psychasthénie périviscéritique qu'il a relevé dans huit observations sur douze. « Cet état consiste en une diminution de l'attention; atteint surtout la volonté : ces malades sont surtout des abouliques privés d'énergie, incapables d'effort et qui souffrent d'autant plus qu'ils se rendent parfaitement compte de leur état. Il n'y a pas en effet, chez eux, de diminution

de l'intelligence : leur lucidité intellectuelle est parfaitement conservée. Par contre, ils présentent une hyperémotivité manifeste, traduisant un déséquilibre sympathicotonique que révèlent les divers modes d'examen. »

« Dans les autres formes mélancoliques, hypocondriaques, anxieuses, on retrouve tout un élément psychasthénique qui constitue comme le fond de l'état mental. Aussi croyons-nous que c'est l'état psychasthénique qui caractérise les troubles mentaux au cours des périviscérites. »

Ces formes mentales apparaîtraient surtout durant la phase terminale de la maladie, et aussi, mais moins, durant la phase étale (ROUX et BAUMEL).

Depuis la thèse de JAULMES, PAGÈS est revenu sur les question, et il affirme n'avoir jamais trouvé en défaut la signification diagnostique de l'élément psychique décrit. « *C'est un symptôme et non une complication* », ajoute-t-il, C'est là actuellement, une opinion qui tend à prévaloir.

Quelle est la pathogénie de ce symptôme ? Trois hypothèses sont à envisager : la première est l'élément douleur. Il ne paraît pas avoir une très grande importance. Pour d'autres, que nous avons déjà cités, les troubles psychiques trouveraient leur origine, soit dans la résorption des produits toxiques entraînant à l'état de chronicité une véritable toxémie digestive (FEYAT), soit par la perturbation amenée au niveau du parenchyme hépatique par ces mêmes produits. Il y aurait alors atteinte de la fonction antitoxique et passage dans le sang des toxines digestives (RAPHELY, CHARRIN-FAURE).

Mais c'est surtout à l'irritation du système sympathique abdominal que paraissent devoir se rattacher les causes des états mentaux périviscéritiques. « *Le système sympathique*, dit LAIGNEL-LAVASTINE, *constitue le fondement de la vie psychique* »,

En dehors des quatre grands groupes de symptômes sous lequel nous avons décrit le syndrome clinique des Périviscérites, il est un ensemble de faits qui se retrouvent toujours, encore qu'ils ne suffisent pas à édifier un diagnostic. Ils se rattachent à l'étude de l'état général.

Chez ces malades, il est toujours atteint (BAUMEL et Roux). Médiocre dans les cas les plus favorables, il est ou devient le plus souvent lamentable.

L'amaigrissement en est une des premières manifestations. Il est considérable, pouvant être de l'ordre de 10 à 12 kilogs. Il survient en quelques mois, parfois 2 ou 3 ans après les premiers troubles digestifs dont il est la conséquence. Ces malades ont un teint pâle, terreux, plus ou moins cholémique. « *Leur formule sanguine, cependant, montre qu'ils ne sont pas anémiques* » (BAUMEL et ROUX).

Ils sont parfois *fébricitants*; mais sans que leur température soit trop élevée; oscillant entre 37°8 et 38°5. Cet état fébrile chez certaines femmes, précède ou accompagne les règles. La montée thermique s'observe surtout l'après-midi et cède au repos.

Tous ces malades sont très fragiles, frileux, et leur équilibre digestif est facilement rompu par un écart un peu vif de température ou de régime. C'est alors le déclenchement d'une crise digestive avec aggravation des symptômes, et cela pour une période assez longue avant que revienne le calme. Ils sont affaiblis. Ce sont des asthéniques physiques et psychiques. Leur tension artérielle n'est en général pas atteinte. La maxima varie de 12 à 14, la minima de 8 à 9.

DONNEES GENERALES DE L'EXAMEN SOMATIQUE

Les Périviscéritiques ont la langue sale, saburrale même, surtout au niveau du V lingual ; et l'haleine forte, sinon fétide.

L'abdomen n'offre rien de spécial ; on note cependant assez souvent, la présence de cicatrices opératoires, le plus souvent appendiculaires, parfois sus-ombilicales dans le cas d'interventions sur l'estomac ou le duodenum. Chez ces malades, l'acte chirurgical n'a, le plus souvent, apporté qu'un semblant de sédation ; parfois même, aucun soulagement n'a été constaté. C'est que la symptomatologie n'est viscérale qu'en apparence et que l'ablation de l'appendice, ou la libération de quelques adhérences, ne pouvaient modifier profondément le syndrome douloureux ou dyspeptique. Bien au contraire, le traumatisme sera le plus souvent le point de départ d'une nouvelle poussée adhésive ou plastique, et les symptômes rapidement se seront aggravés.

On note, à la palpation, un plexus solaire douloureux, manifestation objective de l'état anxieux, si fréquemment décrit au cours des périviscéritites.

Il sera intéressant de vérifier en cas de périgastrite, la douleur provoquée par la manœuvre de Rosenheim, qui consiste à soulever le rebord costal gauche. Ce signe est considéré par les Américains comme pathognomonique.

L'examen de l'hypocondre gauche n'apporte pas beaucoup de renseignements utiles, sauf parfois une corde sigmoïdienne plus ou moins dure. C'est surtout dans la région droite de l'abdomen que devra porter l'investigation.
« Au niveau de la fosse iliaque droite, le caecum est dur,

gargouillant » (BAUMEL et ROUX). On sent ses contractions. L'étude de cette région est d'une extrême importance pour le diagnostic rétrospectif ou non de l'appendicite chronique ou subaiguë. Dans les périviscérites pas de défense de la paroi musculaire, qui se laisse facilement déprimer jusqu'à sentir la colonne vertébrale. Au niveau de l'ombilic, dans le cas de périentérite, CASTAIGNE et PAILLARD signalent la douleur à la palpation avec un abdomen légèrement ballonné. Le foie est normal. Parfois cependant, en cas de péri-cholite, on trouvera une certaine fixité du point vésiculaire sans aucun empâtement diffus. La rate est normale également.

Dans les urines on ne trouvera ni albumine ni sucre.

Chez les femmes, l'interrogatoire révélera parfois des règles douloureuses avec apparition ou aggravation de migraines violentes et exacerbation de tous les symptômes digestifs ou douloureux.

L'examen de l'appareil pulmonaire révélera souvent quelque sommet suspect sans cependant lésion bacillaire affirmée.

LES FORMES MIXTES

Les trois grands groupes : Algiques, Dyspeptiques et Psychonévrosiques que nous venons de décrire, se rencontrent rarement en clinique à l'état pur. C'est la nécessité de l'exposition qui a fait classer les symptômes d'après leurs prédominances. Mais le groupe clinique le plus fréquemment rencontré est assurément le groupe mixte où se trouvent associées les différentes manifestations habituelles des périviscérites.

Les variétés les plus souvent rencontrées sont constituées par l'association dyspepsie-psychonévrose ou algie-psychonévrose. Il n'y a là rien d'absolu, mais la prédominance de certains symptômes peut-être intéressante dans la recherche d'une possible étiologie.

SYNDROME RADIOLOGIQUE

Son étude est d'une importance capitale, car elle seule permet d'en arriver à un diagnostic. « *C'est sous l'écran que sera fait le diagnostic* » disent BAUMEL et ROUX.

« *Nous étudions d'abord l'estomac et prenons des radiographies en série du duodénum. Le malade est à jeun depuis six heures au moins. Six heures après, nous nous rendons compte non seulement du transit dans l'intestin grêle mais encore du remplissage du cæcum et de l'appendice. Nous réservons l'étude radiologique du colon pour le lendemain, les repas opaques ayant été pris 18, 11 et 6 heures auparavant. Si nous le jugeons utile nous revoyons le gros intestin par la méthode du lavement baryté. Nous employons toujours le sulfate de baryum* » (BAUMEL et ROUX).

L'Estomac. — Il peut varier dans ses aspects. Dans certains cas, il est normal dans ses formes et dans son évacuation. Dans d'autres il est ptosé, pouvant descendre jusqu'à la hauteur des crêtes iliaques et même jusque dans le bassin. Il est alors hypotonique, ses contractions sont diminuées dans leur nombre et dans leur intensité. L'évacuation est lente et nécessite pour se faire, des sommutations répétées.

Certains aspects atypiques peuvent être donnés à l'estomac par les périviscérités. Des brides peuvent modifier la forme de l'estomac en un point déterminé. Une bride qui encercle l'estomac peut provoquer une biloculation ou des

segmentations multiples. Enfin l'aérocolie, si fréquente, peut amener, de l'image gastrique, une déformation complète. Lorsqu'elles sont très accusées, elles peuvent, à leur tour, amener une biloculation de l'estomac.

L'étude de la mobilité gastrique révélera des déformations dues à des points d'attaches d'adhérences sur lesquels la traction amènera souvent de la douleur (LAMARQUE). Mais les adhérences périgastriques ne se rencontrent pas souvent. Leur lieu d'élection est alors la grande courbure de l'estomac. Plus fréquemment se rencontre une immobilisation du pylore, plus ou moins marquée, avec encoche du côté de la grande courbure. Le pylore est parfois bloqué et attiré dans l'hypocondre droit (BAUMEL).

Le duodénum. — Mais c'est surtout au niveau du duodénum que se rencontreront les lésions de Périviscérite essentielle, particulièrement étudiées par DUVAL, ROUX et BECLÈRE. Ces lésions sont fréquentes et d'une très grande importance.

Leur lieu d'élection est la 2^e portion du duodénum. Mais il y a aussi atteinte fréquente du bulbe. Quelquefois des deux. BÉCLÈRE insiste tout particulièrement, et cela se conçoit sur la nécessité des radiographies en série. « *Le bulbe est déformé, soit dans son ensemble, soit dans une de ses parties, soit sur l'un de ses bords* » (BÉCLÈRE). Gêne à la réplétion, irrégularité floue des bords sinueux et dentelés. Les courbures en peuvent être déformées par de petites découpures qui, siégeant sur la grande courbure, lui valent l'épithète d' « *empennée* ». Ce bulbe peut être dévié par des brides ou des adhérences et attiré au dehors. L'antéposition serait, dans les périviscérites, la déviation la plus fréquemment rencontrée. Dans une radiographie de profil, le bulbe se projette alors à la partie antérieure de l'estomac et affleure le bord antérieur du foie.

La rétroposition qui se peut également rencontrer avec projection du bulbe derrière l'ombre gastrique, sur la paroi latérale du rachis, est due à des adhérences du duodénum, soit au lobe de Spiegel, soit au cystique. Le bulbe est souvent sensible à la pression. Il est de plus, relativement immobile et l'épreuve du ventre creux et du ventre bombé ne lui impriment que des déplacements de très faible amplitude.

La deuxième portion du duodénum est le siège de lésions complexes. Le passage de l'angle supérieur est fréquemment gêné par un pincement de celui-ci, fortement attiré en haut et en arrière. Le canal duodénal est étroit, ses contours penicillés, déchiquetés ; il présente des irrégularités de calibre successives.

BAUMEL voit, dans l'immobilité à peu près complète du segment duodénal atteint, un signe radiographique pathognomonique facilement constatable. « *Le distincteur arrive à peine à le déplacer de quelques millimètres, alors que, normalement, l'amplitude des mouvements provoqués à ce niveau est de plusieurs centimètres.* » Il y a toujours une certaine sensibilité à la pression profonde.

La cholécystographie permettra d'éliminer l'origine vésiculaire inflammatoire d'une périoduodénite constatée.

L'Intestin grêle. — La traversée du grêle se fait assez souvent sans incidents notables, si ce n'est parfois, un certain retard dans la traversée iléale. C'est surtout au niveau des dernières anses que se fait la stase.

PORCHER remarque aussi que « *le grêle est le plus souvent respecté dans sa silhouette, même si le processus est très développé* ». En effet, lorsque la lésion est telle qu'elle puisse modifier l'aspect radiographique de l'intestin entre le duodénum et la valvule de Bauhin, c'est alors à des signes d'occlusion ou de subocclusion que l'on aura affaire et non pas à une symptomatologie ordinaire.

C'est donc au niveau de l'iléon que commenceront les difficultés. Normalement « *l'anse du grêle se jette dans le cæcum en remontant* ». Toute direction différente sera le témoignage d'une lésion adhésive. Ce seront les 3 variétés de brides de LANE ou les rotations du cæcum sur lui-même avec enroulement partiel des derniers centimètres de l'iléon. C'est à ce niveau qu'on note parfois dans des cas de retard à l'évacuation, un aspect moniliforme de l'anse iléale. Le bord externe de l'iléon est plus ou moins accolé au bord interne du cæcum. Leur dissociation, difficile parfois, est toujours douloureuse. La stase iléale est ainsi un signe de périviscérite et l'on conçoit que l'appendicite par la périviscérite qu'elle entraîne, finisse par entraîner elle aussi, cette stagnation.

Le Côlon. — Normalement *le cæcum* devrait être plein à la sixième heure. Pour DE MARTEL et ANTOINE, la tête d'un repas opaque doit déboucher dans le cæcum 2 à 3 heures après l'ingestion de ce repas.

En cas de Périviscérite, à la sixième heure, le cæcum n'est pas visible, dans quelques cas à peine, il dessine son bas-fond. On assiste alors à des mouvements d'antipéristaltisme iléal, auquel PORCHER attache une grande importance. Une fois rempli du repas opaque, le cæco-ascendant revêt une forme et des dimensions normales, ou au contraire, il paraît augmenté dans tous ses diamètres, sans pour cela atteindre au megacæcum vrai.

Il peut être basculé et comporte alors à peu près sûrement, la fixation haute par adhérences.

L'immobilité du cæcum peut également se rencontrer. Elle n'a de valeur, d'après PORCHER, que si le cæcum n'est pas pelvien et si le côlon droit est mobile. Ceci, eu égard à la pathologie cæcale. Il faut se garder de tenir pour fixé, un cæcum pelvien, même lorsque la position de Trendelen-

burg ne le fait pas sortir du bassin. L'opération a maintes fois révélé la mobilité véritable de tels cæcums. Cette cause d'erreur serait due, selon ANTOINE et DE MARTEL, à une question de vide abdominal.

La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression : la douleur siège sur le cæcum. En cas d'adhérences brèves et très fortes, on constate qu'il y a de véritables lacunes sur la moitié inférieure du cæcum (BAUMEL). L'appendice est assez difficilement accessible, étant le plus souvent rétro-cæcal, toujours adhérent en tout ou en partie, par sa base ou par sa pointe et plus ou moins accessible. Mais cette douleur est sans précision et sans fixité absolue. Elle ne correspond pas forcément à l'appendice ou à son point d'attache et s'étend à tout le cæcum. C'est là un caractère essentiel qui différencie les périviscérités des appendicites pures, subaiguës ou chroniques, dans lesquelles la douleur est punctiforme, fixe dans la position, dans le temps, et correspond sous l'écran à l'appendice lui-même, ainsi que l'ont établi BAUMEL et ROUX.

Dans les cæcums basculés, l'angle hépatique du côlon est dans le bassin. Le cæcum et l'appendice sont sous le foie et fixés par des adhérences très importantes.

L'angle colique droit en position normale, peut présenter, de par l'accollement du côlon ascendant et de la partie droite du côlon transverse, l'aspect en « *canons de fusil* ». Au lieu de faire un angle plus ou moins ouvert, les deux segments sont parallèles. Il y a coudure de l'angle hépatique en « *épingle à cheveux* ». Il peut être dû aussi bien à des adhérences qu'à une ptose du transverse, en « *guirlande* » liée le plus souvent à un amaigrissement rapide. Mais l'étude de la mobilité des segments et de la douleur provoquée pourront permettre de les distinguer.

Le reste du côlon est d'une mobilité relative liée à la qua-

lité et à la quantité des lésions de périviscérite. BAUMEL et ROUX ont fréquemment noté un état spasmodique du côlon gauche, avec aspect en grains de chapelet ou moniliforme. On peut noter aussi de l'asynergie colique. On constate outre cela un retard considérable dans la durée du transit, colique pouvant aller jusqu'à 72 heures et plus.

Lavement baryté. — BAUMEL et ROUX donnent volontiers pour accélérer l'examen radiographique du cadre colique surtout dans sa partie terminale un lavement baryté. Il permet presque toujours de constater la fixation des segments coliques. « *Dans la position debout il permet la production d'images caractéristiques représentant des poches hydroaériques parallèles entre elles* » et qui constituent pour ces deux auteurs un signe formel de Périviscérite. Le niveau de ces poches est différent. Elles communiquent difficilement entre elles. Elles reconnaissent pour cause des membranes périviscérales qui soulèvent de façon inégale les diverses portions du côlon transverse.

Un autre signe de Périviscérite signalé par PORCHER réside dans *l'ascension en bloc* des différents viscères dans la manœuvre du ventre creux; alors que normalement cette ascension est *décalée*. L'auteur considère ce signe comme pathognomonique.

PATHOGENIE

La Pathogénie des Périviscérités digestives est assez confuse et les divers auteurs qui s'en sont occupés ne sont pas arrivés à se mettre d'accord. C'est que ce syndrome, s'il a une unité anatomo-clinique relative ne paraît pas relever d'un même ordre de causes. Et il est vraisemblable que chaque hypothèse est bonne en partie et que les origines de ces lésions peuvent être nombreuses. La notion d'essentialité, en donnant la première place aux manifestations de la défense organique nous met à l'aise pour tenter une mise au point des données actuelles d'une Pathogénie très controversée.

Il est une loi de Pathologie générale qui peut nous guider dans la recherche des causes: « *Quand il se produit un état de stase ou de rétention dans un segment du tractus gastro-intestinal, cet état se rapporte toujours à l'une des trois causes suivantes* »:

- a) *Cause mécanique;*
- b) *Paralysie ou ileus de la paroi musculaire interne par toxines inflammatoires.*
- c) *Déséquilibre de l'innervation soit atonique soit hypertonique.*

Notre définition a déjà éliminé de notre étude les Périviscérités réactionnelles qui accompagnent toute inflammation aiguë ou chronique des viscères abdominaux. Les Péri-

viscérites essentielles sont donc celles, dans lesquelles rien dans les antécédents ne permet de déterminer la cause initiale. Quelles que soient les données des nombreuses observations publiées durant ces dernières années on ne peut que les grouper sous deux chefs:

- A) Lésions acquises atténuées.
- B) Lésions congénitales.

A) LESIONS ACQUISES ATTENUEES

Le plus souvent les manifestations de la Périviscérite essentielle même en dehors de tout soupçon étiologique paraissent acquises. Il aura donc fallu quelque chose pour les déterminer et ce ne peut être que l'action durable et continue d'infections ou d'intoxications atténuées, ou bien les perturbations apportées dans la fonction intestinale par un déséquilibre neuro-végétatifs. Nous examinerons donc successivement:

- a) La stase intestinale chronique;
- b) Les infections atténuées du péritoine;
- c) Les troubles du sympathique abdominal.

a) LA STASE INTESTINALE CHRONIQUE. — Nous n'aborderons que pour mémoire sa pathogénie liée le plus souvent à un obstacle mécanique mais qui peut dépendre également d'un trouble de la fonction biliaire, d'un déséquilibre de l'innervation ou d'une paralysie de la paroi musculaire par intoxication. L'obstacle mécanique le plus fréquent est constitué par une bride ou par une anomalie de suspension du tractus digestif. C'est sur ce point que la pathogénie de la S. I. C. rejoint la pathogénie congénitale soutenue par de nombreux auteurs de la Périviscérite digestive essentielle. C'est par le mécanisme indirect de la stase que les anoma-

lies de fixation déterminent les lésions qui nous occupent.

Pour LARDENNOIS la stase agit surtout par les irritations qui résultent de la gêne fonctionnelle, contractions, spasmes, hypersécrétions mais surtout par les résorptions toxiques et infectieuses que favorisent les altérations chroniques de la muqueuse. Elle peut aussi provoquer les réactions plastiques de la séreuse. C'est également l'avis de VIRCHOW, qui en 1853 décrivit le premier les adhérences de la péritonite plastique. Un argument en faveur de cette étiologie est fourni par le fait de la fréquence toute particulière au niveau du cæcum des processus adhésifs. C'est, en effet, le lieu de la plus grande rétention; c'est aussi, ainsi que l'on montré les travaux de LE PLAY le lieu où la toxicité du contenu intestinal est la plus élevée.

La stase, d'autre part, retentit par les phénomènes inflammatoires filés qu'elle provoque au niveau de la muqueuse sur la couche musculaire de l'intestin. Suivant la loi de Stokes le muscle devient atone, atrophique et se laisse distendre: c'est la ptose avec l'exagération des angles coliques, la traction plus accusée encore sur la corde mésentérique; c'est au point de vue fonctionnel le ralentissement du transit, c'est l'aggravation et l'extension de la stase causale. Le cercle vicieux est ouvert: l'état général ne peut qu'empirer.

Dans de nombreux cas il est bien difficile de décider si la S. I. C. précéda ou suivit la Périviscérite digestive essentielle. Leur symptomatologie est identique jusque dans l'absence de signe pathognomonique. Il est bien certain que l'une et l'autre se favorisent réciproquement. Mais si logiquement on peut déduire que toute Périviscérite généralisée entraînera une stase intestinale chronique la réciproque, les faits le prouvent, n'est point vraie. Un auteur a écrit: « Ne fait pas de la Périviscérite qui veut ». Et de plus en plus

se dégage chez de très nombreux observateurs la nécessité d'un état spécial favorisant les processus plastiques ou adhésifs.

b) LES INFECTIONS CHRONIQUES ATTENUÉES DU PÉRITOINE. — Etudiant les périviscérites plastiques d'emblée, dont nulle phase n'a signalé le début de l'inflammation séreuse. TRÉMOLIERES et OLIVIER font le rapprochement des adhérences péritonéales et pleurales tuberculeuses d'une part, des péri-colites avec les cicatrices chéloïdiennes et les tendances fibreuses de certains syphilitiques, d'autre part.

Ce sont, en effet, la tuberculose et la syphilis qui sont le plus communément incriminés comme cause occulte des lésions de Périviscérite digestive essentielle.

LA TUBERCULOSE. — C'est surtout TRIPIER et l'Ecole lyonnaise qui se sont attachés à l'étude de l'étiologie tuberculeuse des Périviscérites. Depuis, DELORE et ALAMARTINE, PAVIOT et SAVY sont revenus dans le même sens. Enfin BAUMEL et ROUX ainsi que PAGÈS donnent un rôle de tout premier plan à la bacillose comme facteur initial des manifestations plastiques et adhésives.

Le principal argument contre cette hypothèse réside dans l'absence des stigmates habituels révélant l'action du bacille de Koch. Les examens histo-pathologiques des tissus prélevés au cours d'interventions chirurgicales ou d'autopsie ont rarement trouvé des cellules tuberculeuses soit dans les adhérences soit dans le péritoine. Et LARDENNOIS fait ressortir que « *l'inoculation au cobaye de fragments d'adhérences ou de ganglions altérés prélevés au cours des interventions pour péricolite chronique reste négative* ».

J. BAUMEL cependant après observation suivie et traitement de plus de 200 cas de P. D. E. insiste sur le fait que « *toute périviscérite qui n'a pas fait sa preuve est d'origine*

bacillaire bien que manque souvent la signature anatomique ». Cette affirmation est souvent confirmée par les anamnétiques. P. PAGÈS va plus loin quand il déclare la nature de ces affections signée par la coexistence de lésions bacillaires articulaires et pulmonaires et surtout pleurales. Ce même auteur parlant des typhoïdes incriminées par certains auteurs et nettement diagnostiquées dans un certain nombre de cas pense qu'il peut s'agir de typho-bacillose et dans deux cas au moins c'était bien cela. PAGÈS fait ressortir également et à juste titre que la syphilis et le paludisme auxquels sont rapportées assez souvent les origines de certains processus adhésifs, peuvent avoir leur habituel comportement vis-à-vis de la tuberculose, c'est-à-dire « *orienter vers la sclérose le processus bacillaire* ». On pourrait faire remarquer aussi que la grippe trouvée dans de nombreux antécédents peut avoir agi soit par son pouvoir anergisant, soit comme manifestation larvée d'une bacillose fruste.

Il convient enfin de se souvenir que les Péricérites s'accompagnent fréquemment de troubles nerveux qu'on a de plus en plus tendance avec PAGÈS à ne plus considérer seulement comme une complication mais comme un symptôme. Ces manifestations dont la pathogénie n'a pas été éclaircie posent le problème de l'action directe ou indirecte des processus de défense. Il est possible, en effet, de supposer avec Pierre MAS que « *les péricérites et les troubles psychoneurasthéniques sont engendrés par la tuberculose et qu'il n'y a aucun rapport de cause à effet entre eux* ». MAS ajoute bien que l'on rencontre aussi des troubles mentaux au cours de Péricérites ne paraissant rien devoir à la tuberculose. Mais en plus du fait que cette apparence n'a rien de décisif on ne peut s'empêcher de trouver bien des points de ressemblance entre les troubles psychiques étudiés dans les Péricérites par EUZIÈRE, PAGÈS et JAULMES,

et les manifestations décrites par MAS dans son étude sur la Psychasthénie et la neurasthénie tuberculeuses. Ces manifestations paraissent liées à une exagération des processus de défense de l'organisme. Il y a balancement entre les troubles psychiques et l'évolution des lésions tuberculeuses. Ils sont surtout considérables en dehors des poussées évolutives. Et quand on considère les Péricérites dans lesquelles on peut affirmer qu'il y a atteinte tuberculeuse on ne peut s'empêcher de noter avec TOYE que ces tuberculoses ont des caractères particuliers. Elles sont peu ou pas évolutives. « *La Péricérite est l'apanage de certains terrains peu favorables au développement du bacille de Koch* ». L'absence de lésions spécifiques, l'aspect fibreux macroscopique et l'étude histopathologique des tissus de péritonite plastique ou adhésive confirment cette thèse d'une défense vigoureuse de l'organisme, défense qui peut se manifester par un syndrome toxique dont le système nerveux peut être victime. Ceci nous ramènera à la question de terrain qui nous paraît avoir ici une importance primordiale et sur laquelle nous reviendrons.

LA SYPHILIS. — CADE et MORENAS, MARIANO DE CASTEX, et DELFOR DEL VALLE ont incriminé dans les facteurs de Péricérites la syphilis qu'elle soit acquise ou héréditaire; et même lorsque l'on ne trouve aucune lésion spécifique au niveau du péritoine. LARDENNOIS oppose à ces théories le résultat rarement efficace du traitement spécifique. Mais on ne voit pas très bien comment un tel traitement pourrait libérer des adhérences, modifier des rétractions, ou même s'opposer à un processus adhésif déclenché par les accidents toxi-infectieux dûs à la stase initiale. Il n'en reste pas moins que le dépouillement de toutes les observations qu'il nous a été permis de consulter n'apporte guère de données concluantes. Il se peut que dans certains cas la Syphilis soit

en cause; mais nous nous expliquons mieux son action par le processus sclérosant décrit par PAGÈS dans l'association tuberculose-spécificité que par une influence directe. Seule en cause c'est surtout dans ses formes de deuxième et troisième génération qu'elle suscite ou favorise le développement des processus plastiques et adhésifs (MARGAROT).

C) TROUBLES DU SYMPATHIQUE ABDOMINAL

Un déséquilibre du système neuro-végétatif a été maintes fois invoqué comme cause déterminante de Périviscérite. Son action se ferait par le mécanisme de production de l'atonie avec, comme conséquence, la ptose viscérale et la dilatation ; par l'hyposécrétion qui, compliquée de stase, entraîne les troubles dyspeptiques déjà décrits; ceci dans les cas de sympathicotonie. Elle agirait par hypersécrétion et spasmes douloureux dans les cas de vagotonie. Mais ceci ne peut être exactement systématisé et il y a souvent intrication des symptômes.

Quelle serait la cause de l'irritation du sympathique abdominal. Certains y voient une conséquence d'un déséquilibre endocrinien. D'autres une action locale sur les plexus périartériels des ramifications des artères mésentériques, qui se peuvent expliquer par des symphyse consécutive à certaines interventions ou à des infections locales passagères.

L'action irritative du sympathique abdominal peut se faire à distance par disfonctionnement intestinal. La constipation chronique favorise la résorption de produits toxiques qui peuvent à distance influencer les centres correspondants du système sympathique. P. PAGÈS rappelle la découverte, par GRAHAM BROWN, de certains corps aminés absor-

bés par une muqueuse intestinale altérée et dont l'action se fait sentir sur les formations grises de l'encéphale considérées comme la représentation centrale du sympathique.

B) LÉSIONS CONGÉNITALES

Leur existence niée par certains auteurs est actuellement indiscutablement établie. C'est surtout à P. DUVAL et à ses élèves qu'on doit cette étude, sur laquelle SOUPAULT entre autres est depuis revenu. Ce sont des anomalies de fixation des mésos transposant les organes, mobilisant les autres de façon anormale (cæcums basculés) et entraînant une irritation chronique par stase.

Les plus importantes sont constituées par les brides décrites par LANE et qui soutiennent les angles de l'intestin. Certes, ces brides ne sont pas toujours congénitales, mais il en existe cependant qui, à peine indiquées à la naissance se sont accusées au moment où l'enfant passe à la station debout, réalisant ainsi « *la cristallisation des lignes de force* » et apportant une gêne au transit. Cette gêne pourra être longtemps inapparente, tant qu'elle n'exigera pas un effort compensateur tel qu'il finisse par épuiser la tonicité de l'intestin, le distendre et le ptoser. Ce n'est qu'à cet instant que seront mises en lumière l'importance de la coudure et ses conséquences. La réalité de l'origine embryonnaire de ces brides a été définitivement établie par les travaux de FLINT, EASTMANN, CONNEL et LEVEUF.

Les formations membraneuses connues sous le nom de membrane de Jackson ont également soulevé le problème de leur origine. On est actuellement arrivé aux conclusions suivantes :

1° Il existe chez le fœtus et le nouveau-né des anomalies

de fixation iléale, appendiculaire ou colique qui dessinent une disposition du péritoine ayant quelque ressemblance avec la *péricolite chronique*.

2° On peut observer chez l'enfant et l'adulte : a) un voile membraneux précolique, dont la présence s'explique par la persistance d'un *diverticule épiploïque droit* anormalement développé ; b) un repli membraneux qui paraît provenir d'une extension anormale du ligament *pariëto-colique* ou *pariëto réno-colique* ; c) le repli pariëto-colique peut coexister avec le diverticule épiploïque droit, dit de Haller.

Par quels moyens agissent ces anomalies congénitales. Leur action directe est considérée comme faible par DELBET et CUNÉO. Mais ils constituent le cadre dans lequel s'inscriront ensuite les modifications apportées à la statique intestinale et à son fonctionnement par les troubles dus à la stase quelle qu'en soit la cause. Là encore, la lésion initiale n'a pas besoin d'être importante pour entraîner des troubles considérables. Ainsi que le fait remarquer ROUX : « *Il est un fait c'est que des sujets présentent une réelle prédisposition à la formation d'adhérences d'autres quoi qu'on fasse n'en feront pas ou plus exactement celles-ci ne seront le siège d'aucun trouble* ». C'est ce qui avec l'absence à peu près absolue de lésions spécifiques constitue le caractère particulier du syndrome de Périviscérite essentielle.

EVOLUTION

Les Périviscérites digestives essentielles évoluent de façon extrêmement lente dans leurs débuts, de façon beaucoup plus rapide du fait des troubles digestifs et nerveux qu'elles entraînent, après quelques années de maladie déclarée.

« *Il faut généralement des années, parfois des dizaines d'années pour que l'épipléo-péricolite chronique arrive à ne plus être tolérable* », écrit LARDENNOIS. Les Périviscérites se rencontrent rarement au-dessus de vingt ans. C'est à dire que le malade ne va consulter le médecin qu'au moment où la souffrance ou les troubles digestifs révèlent l'existence de lésions dont l'évolution a été longtemps torpide et ne s'est développée qu'avec une progressive lenteur. C'est le cas de périviscérites qui reconnaissent pour cause une légère anomalie congénitale qui a été le point de départ du cercle vicieux: sténose légère, stase, périviscérite, stase, etc... etc...

Une fois déclarée, la Périviscérite évolue généralement pendant plusieurs années et BAUMEL et ROUX lui reconnaissent trois périodes principales:

« *Une période d'installation qui peut être très longue et au cours de laquelle le malade court de médecin en médecin. Il essaie de trouver un soulagement à des maux d'estomac ou à des troubles intestinaux qui malgré tout ont une tendance désespérante à s'accroître et à s'aggraver.*

» Une deuxième période pendant laquelle l'état général et local paraissent étalés la maladie paraissant ne plus faire de progrès. Elle peut rester à ce stade de nombreuses années. Après un temps plus ou moins long la maladie évolue plus ou moins brusquement vers la guérison spontanée ou provoquée ». Dans d'autres cas, au contraire, la généralisation s'accroît et le malade voit au contraire l'aggravation de tous les symptômes et particulièrement des troubles psychonévrosiques qui s'ils n'étaient pas déclarés apparaissent souvent à ce moment. Cette aggravation aboutit à un état cachectique et à la mort. Celle-ci peut se trouver déclenchée par une crise aiguë d'occlusion intestinale. Cette période est la troisième, dominée par les signes nerveux dont l'importance alors prime tous les autres symptômes. Voici le tableau qu'en donnent BAUMEL et ROUX et qui est particulièrement caractéristique :

« Les malades sont décus par tous les essais thérapeutiques qu'ils ont tentés. Persuadés que personne n'est à même de déchiffrer l'énigme de leurs maux ils se confinent dans des mutismes sans fin ou au contraire ne cessent, dans une plainte interminable d'extérioriser leurs misères. Les uns refusent de manger pour ne pas raviver leurs souffrances, d'autres au contraire présentent l'appétit le plus capricieux et le plus irrégulier. Tel autre obsédé par sa constipation est toujours en train de prendre quelques lavements ou quelques laxatifs nouveaux, pendant que celui qui a deux ou trois selles par jour se croit arrivé à la dernière période d'un cancer de l'intestin. D'autres encore cherchent dans la toxicomanie ou dans le suicide un dernier remède à leurs maux. Certains enfin, véritables psychasthéniques sont incapables de vouloir et de penser. L'effort intellectuel tout comme l'effort physique leur fait peur. Ils le re-

doutent et dans les quelques instants de lucidité qu'ils peuvent encore présenter ils se rendent compte vaguement de leur état. S'il leur reste encore un peu d'autocritique, ils se lamentent, véritables loques humaines, sur leur double déchéance physique et intellectuelle ».

COMPLICATIONS MECANIQUES

Les Périviscérites digestives essentielles généralisées peuvent évoluer favorablement vers la guérison, elles peuvent, au contraire, par l'aggravation des troubles douloureux, dyspeptiques, ou nerveux conduire le malade à la déchéance complète et à la mort. Mais leur symptomatologie peut présenter en plus des paroxysmes des manifestations habituelles des accidents aigus ou subaigus d'une exceptionnelle gravité qui ressortent du domaine de la thérapeutique chirurgicale. Ces accidents sont les occlusions intestinales qui furent particulièrement bien décrites par TREMOLIERES et MARCEAU en 1928.

L'occlusion est habituellement aiguë et brutale. Son mécanisme de production est dû, plutôt aux mouvements ou aux modifications de volume de l'intestion qu'aux progrès des rétractions ou au resserrement des brides.

Que l'intestin s'engage dans une brise scléreuse et ce sera l'étranglement total et brutal: *l'occlusion complète suraiguë.*

Si la bride est large et souple, s'il se produit l'agglutination en paquet de quelques anses, si une coudure esquissée par une bride se trouve accusée par une importante aérocolie on aura une occlusion passagère pouvant rétrocéder, mais susceptible aussi de récides jusqu'à la réalisation

d'une occlusion suraiguë complète: c'est l'*occlusion aiguë incomplète* ou *subocclusion*.

1° *Occlusion aiguë*. — Début brutal par une douleur « *violente, déchirante, atroce* ». (TREMOLIERE et MARCEAU). Suivies presque aussitôt de nausées réflexes, de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux. Il y arrêt total des matières et des gaz. Toutefois le malade expulse encore quelques matières, celles qui pouvaient se trouver dans l'ampoule rectale.

L'abdomen respire mal. L'observation à jour frisant de la paroi du ventre permet de voir les ondes péristaltiques de la portion d'intestin qui se trouve au-dessus de l'occlusion et qui lutte contre sa résistance. A cet état initial succède une asymétrie de l'abdomen due à la distension des anses sus-jacentes (signe de Von WAHL). Cette dilatation est appréciable à la palpation.

Le facies du malade à peine altéré dans les premières heures devient terreux et plombé dès qu'interviennent les effets de la *stercorémie*. La température qui au début était normale avec un pouls un peu rapide s'abaisse à 36°5 et 36°, tandis que le pouls s'accélère à 120 ou 140. La tension artérielle s'abaisse; la respiration devient rapide et superficielle.

A ce stade l'intestin ne lutte plus. Paralysé il se laisse distendre par les gaz et la percussion révèle une sonorité tympanique sur un ventre ballonné, dans lequel il est bien difficile de discerner les zones dilatées du cadre colique dans le cas d'occlusion siégeant sur le côlon, très bas, ou péri-ombilicales dans les occlusions du grêle.

La fin arrive en deux ou trois jours si l'on n'intervient pas. Prostration, sueurs froides, vomissements fécaloïdes, chute verticale de la tension, pouls filiforme tels sont les signes précurseurs de l'exitus.

TREMOLIERES et MOREAU signalent que la fin peut survenir par une complication: Péritonite septique diffuse, infections pulmonaires et particulièrement la broncho-pneumonie suraiguë, enfin néphrite aiguë par les lésions microscopiques.

2° *Occlusion complète suraiguë.* — Très grave par la forme violente d'emblée des signes fonctionnels et généraux. La douleur est très vive et rapidement généralisée. Les vomissements très précoces évoluent très rapidement vers la forme fécaloïde. L'atteinte de l'état général est aussi très rapide. On constate de l'oligurie et parfois une poussée thermique vers 38°5. L'intestin est paralysé d'emblée et l'abdomen vite ballonné, de ce fait. L'ischémie due à la brutalité de l'étranglement peut favoriser avec le tympanisme une perforation avec toutes ses conséquences. La péritonite et les complications post-opératoires sont très fréquentes.

3° *Occlusion aiguë incomplète.* — Le tableau est ici beaucoup moins violent. Le météorisme est à peine indiqué. Seuls la douleur violente abdominale les coliques, les nausées avec quelques vomissements indiquent l'accident intestinal. Bientôt l'état du malade s'améliore et tout rentre dans l'ordre.

Ici dominent les mouvements péristaltiques vigoureux, d'un intestin peu atteint, accompagnés des douleurs coliques qu'ils provoquent et qui se terminent par les gargouillements qui traduisent le passage final des matières et des gaz: c'est le *syndrome de Kœnig*. Un signe de grande valeur localisatrice réside dans le clapotage intestinal dû à la présence de plus de liquide que de gaz susceptible de l'effacer.

ETUDE TOPOGRAPHIQUE DES OCCLUSIONS

Nous citerons en passant les cas d'occlusion chronique du duodénum qui ne relèvent pas complètement du tableau des complications aigus. Ils sont dus à des malformations congénitales du duodénum, à des brides, à un manque d'accollement des mésos primitifs, à la compression par corde mésentérique (DELBET, GREGOIRE, LEVEUF).

Les occlusions ou subocclusions du duodénum sont assez fréquentes et la littérature de ces dernières années en rapporte des cas nombreux. Ces occlusions comportent trois modalités:

a) *Les occlusions sous-vatériennes*, par brides le plus souvent (OMBREDANNE, P. DUVAL) dans lequel MAC DONALD décrit comme signe certain *le signe de posture*: position assise ou de défécation adoptée par le malade.

b) Les occlusions sus-vatériennes, par brides aussi;

c) Occlusions duodénales par volvulus.

Enfin HARTMANN et OMBREDANNE ont rapporté plusieurs observations de compressions aiguës du duodénum par bride mésentérique due à la torsion de l'intestin grêle. Ces occlusions seraient en rapport avec des vices de conformation.

Au niveau de *l'intestin grêle* les modalités d'occlusion sont toutes celles déjà décrites et particulièrement l'étranglement par engagement dans une bride plus ou moins serrée, plus ou moins scléreuse. Au point de vue clinique on se souviendra que le ballonnement abdominal est d'autant plus accentué que l'obstacle est plus bas situé, et qu'à l'inverse les symptômes d'intoxication sont d'autant plus pro-

noncés qu'il se rapproche davantage du pylore (TREMOLIERES et MOREAU).

A la hauteur de l'*angle colique droit*, une occlusion se traduira souvent par le *syndrome de Bouveret*: dilatation permanente du cæco-ascendant avec clapotage marqué persistant en dehors des périodes d'occlusion.

S'il s'agit du *côlon descendant* la distension en amont dessinera le cadre colique autour de l'abdomen à l'inverse des occlusions du cæcum ou de la valvule iléo-cæcale qui provoquent une déformation centrale globuleuse dans la région ombilicale.

L'*occlusion sigmoïdienne* basse affecte volontiers la forme d'un volvulus; forme favorisée par la disposition anatomique de l'anse terminale. La Pêrisigmoïdite agit alors par l'intermédiaire d'une mésentéro-sigmoïdite rétractile. Celle-ci entraîne une paralysie de la sigmoïde qui a pour effet de supprimer tout péristaltisme: il y aura donc atonie et dilatation avec tympanisme d'un abdomen à grand axe oblique en bas et à droite. C'est la forme à évolution la plus lente.

L'occlusion intestinale aiguë commande l'intervention chirurgicale. Celle-ci aura pour but la suppression de l'obstacle soit par section des brides, soit par libération des adhérences, soit par anastomose latérale soit par résection, soit par abouchement à la paroi.

DIAGNOSTIC

« *C'est sous l'écran que le diagnostic sera fait* » (BAUMEL et Roux). En effet, si la clinique permet d'avoir quelques présomptions qui ne sont pas négligeables ce n'est réellement que l'examen radioscopique mais surtout radiographique qui donnera les bases véritables du diagnostic.

Le *Diagnostic clinique positif* s'appuiera sur les quelques données les plus fréquemment rencontrées et qui sont assez caractéristiques de ces affections. Ce seront les phénomènes douloureux étagés accompagnés de migraines et accusés par les changements de position (extension forcée du tronc et des bras) les troubles dyspeptiques atypiques les réactions paradoxales au régime enfin les troubles psychiques disproportionnés à l'apparence des lésions et des troubles gastro-intestinaux. Nous ne reviendrons pas sur leur détail. Les données qu'ils apportent ne suffisent pas en général pour établir un diagnostic. Le diagnostic est beaucoup plus important par l'élimination à laquelle il permet de procéder et par l'affirmation de certains signes.

Les trois grands syndromes avec lesquels peuvent être confondues les Périviscérités digestives essentielles sont : la Cholécystite chronique, la Péritonite tuberculeuse et l'appendicite chronique. C'est avec cette dernière surtout qu'il conviendra de bien distinguer les processus périviscéritiques car les indications thérapeutiques sont opposées et

qu'une erreur dans le sens de l'intervention put amener une aggravation rapide des lésions.

La notion d'âge interviendra d'abord. Les Périviscérites chroniques se rencontrent de 20 à 50 ans, jamais au-dessous de 15. Dans le domaine des troubles fonctionnels beaucoup de signes sont communs aux deux affections ceux d'origine toxi-infectieuse ou d'ordre réflexe. BAUMEL et ROUX signalent cependant du côté des Périviscérites une prédominance des symptômes douloureux localisés spontanés alors que les nausées et vomissements rebelles relèveraient plutôt des appendicites chroniques.

L'examen apportera des renseignements plus précis. « L'appendicite chronique s'accompagne toujours d'une réaction de défense du plan musculaire sous-jacent » moins apparente qu'au cours des formes aiguës elle n'en existe pas moins de façon constante et se révèle par comparaison avec la palpation de la fosse iliaque gauche, en cherchant à obtenir par distraction ou modification de position le relâchement maximum de la paroi abdominale. Dans les Périviscérites, au contraire, on constatera un état caractéristique de flaccidité de la paroi iliaque droite et du flanc. « Ici il existe semble-t-il un état d'atonie musculaire qui permet de saisir sous les doigts les viscères sous-jacents et de les comprimer facilement contre le plan postérieur. La douleur provoquée ne détermine même pas l'ébauche d'une réaction de défense » (BAUMEL et ROUX).

Ce signe est très important. Il s'accompagne d'un autre de même valeur : celui de la douleur provoquée. La pression à bout de doigt au cours de l'appendicite chronique permet de déceler un point précis de douleur aiguë pouvant amener outre l'habituelle défense musculaire un mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin et même un réflexe nauséeux. Ce point précis a le triple caractère d'être

fixe dans la position, fixe dans la localisation, fixe dans le temps. Ceci bien entendu chez un seul et même individu. Il en est tout différemment dans la palpation d'un abdomen de Périviscérite. Ici la douleur est vague, diffuse, mal localisée. On ne trouvera pas de point précis, pas de défense. Le changement de position modifiera la topographie douloureuse. D'une semaine à l'autre la zone douloureuse aura changé de place. L'écran sanctionnera le diagnostic d'appendicite chronique en faisant coïncider le point douloureux du palper avec la situation de l'appendice.

Les trois signes décrits par BAUMEL et ROUX: le signe de l'atonie, le signe du point fixe et le signe de concordance à l'écran ont une grande valeur pathognomonique. Ils peuvent permettre de poser à bon escient des indications thérapeutiques justifiées.

A ces trois signes nous ajouterons celui décrit par BRULÉ dans son étude sur le diagnostic de l'appendicite chronique. C'est un signe radiologique qui réside dans la mobilité du cæcum. Ce signe n'est pas contradictoire d'avec le principe de la fixité du point appendiculaire comme on pourrait le croire. Il en confirme au contraire l'extrême précision. Car ainsi que le fait remarquer BRULÉ « la plupart des chirurgiens reconnaissent que les lésions péritonéales sont rarement trouvées à l'opération. Les adhérences locales sont exceptionnelles à l'inverse de ce qui se passe dans les appendicites aiguës ».

Ce diagnostic est des plus difficiles et des plus délicats. Il demandera une observation assez longue et minutieuse avant que soit prise une décision dont les conséquences peuvent être très graves.

Dans le domaine des Périviscérites généralisées avec prédominances du carrefour sous-hépatique et de la région

épigastrique se poseront les diagnostics des cholécystites chroniques et des periduodénites secondaires.

Ces périduodénites peuvent être dues au développement d'un ulcère sous-jacent. La différenciation pourra se faire par les anamnestiques d'abord. Le caractère périodique des crises douloureuses et dyspeptiques suivies d'intervalles assez longs de calme pourront faire penser à l'évolution d'un ulcus précédent les phénomènes périviscéritiques. Georges JEAN qui a particulièrement étudié la Périduodénite fait remarquer que « *la douleur, en général à caractère de brûlure irradiant parfois vers la vésicule biliaire n'a jamais le caractère constrictif à la base du thorax comme celle de l'ulcère pylorique. La sensation de faim douloureuse fait défaut et le bismuth ne calme pas les souffrances* ». L'absence de lésion de la muqueuse duodénale éliminera les hématomés et le melaena. Les vomissements sont rares. La constipation par contre est la règle.

A l'examen objectif on aura une certaine défense de la portion supérieure du muscle grand droit.

La radio révélera un pylore déplacé sur la droite et ptosé venant vers le côté droit de la troisième lombaire. Dans l'ulcère du duodenum ce dernier n'est pas déformé: il l'est manifestement dans la Périduodénite, présentant ces signes assez fidèles décrits par PORCHER et qui sont *le bulbe empenné, le pincement du genu superius et le déchiquèment des bords sans excentrement pylorique*. La transposition du bulbe soit antérieure la plus fréquente dans les périviscérités, soit postérieure dans la lithiase pourra donner une indication dans le cas où se présentera l'hypothèse d'une cholécystite chronique. L'étude des anamnestiques des troubles fonctionnels actuels, l'examen approfondi de la région sous-hépatique avec recherche minutieuse du point vésiculaire, enfin la succession souvent assez rapprochée

de crises paroxystiques complèteront les données très relatives sur ce point de ce caractère radiologique. Mais l'étude radiographique de la vésicule biliaire pourra trancher la question, surtout si elle est complétée par un tubage duodénal avec examen cytologique du liquide biliaire recueilli après l'épreuve de Meltzer-Lyon.

Si la forme ascitique de la Péritonite tuberculeuse ne peut guère offrir de chances d'être confondue avec une Périviscérite essentielle il ne saurait en être de même de la forme fibro-caséuse dont la symptomatologie se rapproche singulièrement de celle des processus adhésifs à étiologie douteuse. « *L'évolution de cette forme se fait ordinairement par poussées successives que marquent une élévation thermométrique variable oscillant entre 38° et 40°. Quelques frissons, la tachycardie, quelques vomissements alimentaires, des troubles digestifs, des alternatives de constipation et de diarrhée, de l'endolorissement du ventre. Sous l'influence de ces poussées le sujet maigrit, perd ses forces et l'on n'en trouve pas la raison dans l'état pulmonaire* » (FORGUE).

Certes, à part l'élévation thermique de 38° à 40° — mais on sait à quel point les indications thermiques varient d'un sujet à l'autre — ce tableau pourrait être celui d'une Périviscérite. Mais certaines données d'examen permettent cependant de préciser le diagnostic. La matité « en damier », l'abondance des sueurs profuses, les frissonnements irréguliers manifesteront la forme évolutive des lésions péritonéales. Evolution qui peut conduire à la fonte caséuse avec abcédations à topographie variable.

La forme fibro-adhésive la plus proche au point de vue anatomo-pathologique des Périviscérites a ordinairement un début ascitique. « *Au palper on trouve de petites mas-*

ses dures, répondant à des gâteaux péritonéaux ou à des nodosités épiploïques en voie de formation » (FORGUE).

Rappelons avec P. PAGÈS que le diagnostic sera différent suivant le type clinique rencontré.

Chez les *algiques* discuter les causes possibles de cœlialgie: affections nerveuses (tabes, syringomyélie, compressions médullaires); lésions vasculaires (aortite abdominale, anévrysme de l'aorte abdominale), lésions viscérales diverses (appendicite, cholecystite, ulcus et cancer digestifs);

Chez les *dyspeptiques* on pensera aux dyspepsies toxiques (éthylisme) et les affections parasitaires du tube digestif.

Chez les *Psychonévrosiques* toutes les étiologies possibles de psychasthénie hypocondriaques et au premier plan la Tuberculose.

TRAITEMENT

Les Périviscérites digestives essentielles généralisées représentant une disposition de l'organisme à réagir à toute irritation traumatique, toxique ou inflammatoire par des processus adhésifs et plastiques il est naturel de penser qu'elles ne relèvent nullement de la thérapeutique chirurgicale. Le nombre considérable des « balafres du ventre » auxquels une intervention n'a apporté aucun soulagement, mais au contraire n'a fait qu'aggraver les symptômes vient confirmer cette hypothèse. Le diagnostic édifié sur des bases solides avec tous les moyens que donnent la clinique et le laboratoire il faudra instituer d'emblée et toujours un *traitement médical*; exception faite bien entendu des cas où les complications aiguës décrites plus haut commandent sans délai une intervention chirurgicale inévitable. La chirurgie dans le traitement des Périviscérites essentielles ne doit être qu'un pis-aller.

TRAITEMENT MEDICAL

A) *Traitement étiologique.* — Il faudra traiter la cause; quand certains signes permettront de la suspecter. Parmi les causes générales la *tuberculose* paraît devoir tenir une place prépondérante. SAVY, d'une part, CARNOT et BOLTANSKI de l'autre, enfin BAUMEL et ROUX ont insisté sur son impor-

tance dans un grand nombre de Périviscérîtes. En principe toute périviscérîte qui n'a pas fait sa preuve a des chances d'être d'origine bacillaire. L'interrogatoire bien poussé, l'étude des antécédents héréditaires, personnels et collatéraux pourra dans certains cas renforcer la présomption. De même que la recherche de cicatrices, de lésions d'adénite ou d'ostéoarthrite, l'étude radiologique des culs-de-sac pleuraux présentant des symphyses pleuro-pulmonaires, où celle des sommets revêtiront une importance toute particulière dans les indications du traitement.

Il est d'abord nécessaire de combattre les troubles digestifs pour maintenir l'état de nutrition du malade et favoriser l'assimilation des aliments. Il faudra le plus souvent modifier le régime souvent restreint et irrationnel que se donne le malade, toujours dans le sens de la moindre souffrance. BOLTANSKI indique l'artifice des petits repas répétés.

L'héliothérapie sera toujours indiquée sauf en cas de fièvre. BAUMEL indique le bain général (tête et thorax à l'ombre) ou le bain local où seul l'abdomen est exposé. Les téguments des régions solarisées doivent être nus et les rayons solaires arrive sans interposition de vitres ou de rideaux. La durée d'exposition doit être croissante et débutant à cinq minutes s'allonger de cinq minutes. Chaque jour jusqu'à concurrence de une heure. Il sera bon que le malade humecte de temps en temps son corps pendant l'exposition afin d'éviter la déshydratation.

Au cours de la cure héliothérapique une surveillance médicale devra s'exercer tant pour éviter les accidents locaux que les accidents généraux tels que poussées thermiques, palpitations migraines, troubles anaphylactiques qui dicteraient l'arrêt immédiat du traitement.

Cette cure sera hélio-marine ou hélio-climatique. La cure en montagne convient aux nerveux et aux congestifs justi-

ciables d'une action sédative calmante ou décongestive.

La cure héliothérapique pourra être remplacée par les applications de rayons ultra-violets. Comme la cure solaire, celle-ci se trouve contre-indiquée par les poussées thermiques. Il faudra les interrompre même en cours de traitement si la température arrive à 38°. Il en sera de même en cas de poussée congestive du parenchyme pulmonaire ou des bronches. Cette cure se fera par séance tous les deux jours. Chaque série comporte vingt séances. On fait deux ou trois séries par an.

Pour les irradiations locales l'abdomen est nu. Le malade debout est à 80 centimètres du foyer lumineux. La première séance dure cinq minutes. Les séances suivantes augmentent progressivement de 2 à 3 minutes chaque fois jusqu'au maximum d'une demi-heure. Même technique pour les irradiations générales; mais le malade est placé un peu plus loin (un mètre environ). Il présente à intervalles réguliers et de façon égale pendant toute la séance les diverses parties de son corps aux rayons. Ses yeux seront protégés par des lunettes noires. Les séances seront espacées ou même supprimées durant quelques jours si les réactions locales ou générales sont trop importantes. On pourra également éloigner davantage le patient du foyer lumineux. Un simple érythème passager et fugace, dont la production est parfois recherchée ne justifiera pas de telles modifications.

L'héliothérapie et les ultra-violets pourront être employés « à ventre ouvert » pendant dix à quinze minutes au cours d'interventions chirurgicales, selon les données de TEMOIN, de Bourges (BAUMEL et ROUX).

Comme thérapeutique antibacillaire on peut envisager deux modes de traitements: *l'antigène méthylique* de NÈGRE et BOQUET et *les sels d'or*.

L'antigène méthylique a donné quelques bons résultats

encore que paradoxaux étant donné son habituelle action sclérosante des lésions bacillaires. On en fera une injection par semaine sous la forme intra-musculaire. On commencera par un dixième de centimètre cube du produit dilué au dixième et l'on pourra aller jusqu'à la dose de un centimètre cube du produit pur (BOLTANSKI).

Les Sels d'or auraient une action plus nette. BOLTANSKI conseille l'hyposulfite d'or et de sodium en injections intra-veineuses en ne dépassant pas la dose de 0 gr. 10 à raison d'une ou deux injections par semaine. Cet auteur cite encore le thiopropanol sulfonate double d'or et de sodium par voie intramusculaire après dilution dans 8 centimètres cubes de sérum isotonique. Les sels d'or auraient également une action favorable sur les Périviscérites non tuberculeuses.

La seconde cause général de Périviscérite invoquée par certains auteurs tels que CARNOT, TREMOLIERES ou CASTEX est la syphilis. Il conviendra dans tous les cas douteux d'en rechercher les stigmates et de pratiquer le Bordet-Wassermann. Le traitement d'épreuve pourra être institué, et a donné dans certains cas de bons résultats. S'il y a colite secondaire le mercure sera contre-indiqué, au profit du bismuth ou des arsenicaux.

B) *Traitement pathogénique.* — La lésion caractéristique de toute Périviscérite est l'adhérence. Le traitement aura donc une triple ambition: a) essayer de prévenir leur production; b) s'opposer à leur extension; c) faire disparaître celle qui sont déjà constituées.

Le terrain sclérogène, favorable au développement des processus fibreux de certaines péritonites, des cirrhoses, des scléroses rénales ou circulatoires, s'oppose au contraire à l'extension des formes caséuses de la tuberculose (BOL-

TANSKI). Ce terrain a une certaine parenté avec le terrain arthritique. Il est le facteur des Périviscérites essentielles par ce caractère qu'il a de déclencher sur un point de départ traumatique, ou toxi-infectieux souvent minime, un processus plastique adhésif, généralisé, considérable et de longue durée. On attribue, en général, aux troubles endocriniens un rôle important dans la constitution de cet état de même que dans la diathèse arthritique; encore que l'importance de l'auto-intoxication chronique et héréditaire nous paraisse avoir dans la genèse de pareilles constitutions une importance de tout premier plan.

Certains auteurs conseillent donc une opothérapie prudente à base d'extraits thyroïdien, orchitique ou ovarien. Les connaissances actuelles trop relatives en matière d'opothérapie ne permettent guère de retenir un tel traitement.

Contre la formation des adhérences un certain nombre de médicaments est actuellement utilisé.

Il est habituellement employé *l'éther benzylcinnamique* en solution à 4 %, en séries de 12 piqûres sous-cutanées ou intra-musculaires quotidiennes, avec repos de 15 jours après chaque série. On peut faire de 7 à 8 et 10 séries. L'action lente de l'éther benzylcinnamique retentit sur l'état général, mais aussi sur le processus adhérentiel. Il décongestionne les adhérences déjà formées et atténue ainsi leur état inflammatoire. Il calme la douleur et paraît diminuer l'importance des adhérences. Peut être empêche-t-il la production de nouvelles brides (BAUMEL).

Certains composés iodés seront utilisés, comme *l'iodure de sodium* en solution étendues, qui sont douées en outre d'une action analgésique remarquable ou comme l'huile iodée à la dose d'un ou deux centimètres cubes par semaine en injection intra-musculaire.

Le professeur LÆPER a obtenu d'excellents résultats avec le *mésothorium*.

Ce traitement, divisé en deux parties comprend dans chacune une série de douze injections quotidiennes; les deux parties séparées par une période de repos de 10 jours. L'action du mésothorium, d'après AUCHMANN serait antispasmodique et analgésique, vraisemblablement résolutive et peut être sclérolitique. Résultats rapides et quasi-constants sans signes d'intoxication. Ce médicament reconnaît comme contre-indications: l'hyposystolie, les formes graves du diabète, la maladie de Basedow, la tuberculose, les états fébriles, les poussées aiguës de rhumatisme ou de goutte.

Quelques objections ont cependant été élevées contre le mésothérium au sujet de sa toxicité, particulièrement à l'égard à la glande hépatique. Le professeur LÆPER cependant n'aurait jamais observé d'intolérance, au cours du traitement dont il a établi la posologie.

Etant donné le rôle considérable, démontré par de nombreux expérimenteurs, de la fibrine, sous forme d'exsudation fibrineuse accompagnant les phénomènes congestifs préalables, certains auteurs ont pensé qu'il pouvait être intéressant de tenter une médication anticoagulante pouvant s'opposer au processus fibrosant. Le citrate de soude et l'hirudinase ont été essayés.

Dans certaines formes douloureuses l'utilisation des rayons *infra-rouges* a donné de bons résultats. La règle est d'obtenir une chaleur supportable au niveau des téguments. Le foyer lumineux sera donc placé à 40 cc ou 1 mètre du patient. Cette irradiation se peut faire à l'air libre ou sous les couvertures du lit. Dans ce cas la chaleur devient plus vite intolérable.

Les rayons *infra-rouges* agissent électivement sur l'élément congestif et inflammatoire. Ils ont sur la douleur une

action sédative remarquable. Ils ont aussi une action favorable sur l'état général.

Leur action doit être prolongée; les séances devront être longues et durer au moins une demi-heure. On peut progressivement atteindre une heure ou deux. Les téguments prennent une coloration rouge plus poussée que sous l'action des rayons ultra-violets, qui disparaît quelque temps après les premières séances mais ne tarde pas à devenir persistante.

Par la chaleur interne dont elle provoque l'apparition au niveau même des lésions la *Diathermie* donnera d'excellents résultats. Elle a une action élective sur l'élément douleur particulièrement au niveau des plexus. Par vaso-dilatation elle combat les phénomènes congestifs et exsudatifs et s'oppose ainsi au développement des processus adhésifs. Evidemment incapable de « fondre » les adhérences elle aurait d'après VIGNAL le pouvoir de les assouplir par vascularisation, et d'en diminuer ainsi les effets constrictifs. L'expérimentation a nettement prouvé la valeur de cette méthode. La technique en est la suivante: Une électrode dorsale réalisée par une plaque de zinc de 30×40 environ mise en contact le plus étroit possible avec la peau. Une deuxième électrode, ventrale de dimension moindre est placée exactement sur la région où sont les adhérences. Les ondes électriques traversent le corps du malade, y provoquent la production de chaleur et par vasodilatation accélèrent la vascularisation maxima de tous les tissus interposés. Il y a activité accrue des leucocytes et ainsi se trouvent favorisés la résorption de certains processus adhésifs.

Vingt-cinq séances sont nécessaires, de trois-quarts d'heure chacune, quotidiennes ou tous les deux jours (BAUMEL).

C) *Traitement symptomatique.* — Le traitement symptomatique marche de pair avec le traitement étiologique et ses effets psychiques valent d'être notés dans une affection où les psychonévroses se rencontrent aussi fréquemment. Il sera dirigé contre les troubles de l'état général et contre les troubles fonctionnels.

Le relèvement de l'état général justifiera de la thérapeutique habituelle des déficiences de l'organisme: injections sous-cutanées de préparations cacodylées, à haute dose, avec ou sans strychnine; médicaments opothérapiques hépatiques spléniques et biochimiques.

Les troubles digestifs seront traités par un régime approprié à chaque cas. Il importe de maintenir l'état de nutrition du malade, de favoriser l'assimilation des aliments et de faciliter et régulariser le transit. Pour ce faire BAUMEL et Roux prescrivent des aliments facilement digestibles, par régimes d'exclusions, avec ou sans œufs. Après étude des diverses sécrétions gastriques on suppléera par l'opothérapie aux diverses déficiences relevées. En cas d'insuffisance gastrique ces auteurs ne craignent pas de prescrire de l'acide chlorhydrique malgré les effets de déminéralisation qu'on lui reproche. Ces dosages se font les uns après l'épreuve à l'histamine, les autres après tubage duodéal avec injection d'éther ou de lait et dosage des divers ferments: amylase, lipase et trypsine.

A l'hyperkinésie on opposera les antispasmodiques (belladone, atropine, gardénal, bromures).

Aux atoniques on administrera au contraire de la strychnine.

La *Radiothérapie* pénétrante proposée par DELHERM et LAQUERRIERE trouve son indication dans les formes algiques de Périciscérités. Ces auteurs conseillent d'utiliser des rayons X moyennement pénétrants de 25 centimètres

d'étincelle à la dose de 400 R. par séance, la dose totale étant de 1600 R. Ils préconisent deux portes d'entrée une sur la région douloureuse, une sur la région dorsale.

La Radiothérapie trouve son indication comme prévention des processus adhésifs post-opératoires. Elle ne détruit pas le tissu fibreux, mais à une action lysante des fibroblastes jeunes.

Elle est également contre-indiquée « *dans les formes fibro adhésives à tendance sténosante de la péritonite tuberculeuse, dans lesquelles elle peut contribuer à la formation de Périviscérites et de brides occlusives* » (MARFAND).

Son rôle analgésique véritable en fera la méthode de traitement des formes douloureuses, en dehors de tout soupçon d'étiologie bacillaire.

Les ondes courtes et la Téléradiothérapie ont les mêmes moyens d'action que la diathermie. C'est par la chaleur qu'elles font apparaître au sein des tissus qu'elles agissent sur les phénomènes vasomoteurs, activent la diapédèse et facilitent la résorption des tissus fibreux. Leur action cependant n'a pas donné jusqu'à aujourd'hui plus de résultats que les autres méthodes physiothérapiques.

La constipation sera traitée par l'usage journalier d'huile de vaseline, de paraffine ou par une cuillerée à café d'huile de ricin prise le matin au petit déjeuner. L'emploi des cholagogues, ou de la graine de psyllium trouvera ici son indication.

La colite et la gastrite si fréquentes secondairement et qui ne font qu'accentuer les lésions dont elles découlent devront également être traitées. Le bismuth sous forme de *carbonate de bismuth* pourra être administré à la dose de 10 grammes par jour. L'intestin se trouvera bien du pansement mucilagineux aux graines de lin. BAUMEL et ROUX conseillent aussi les petites cures sulfatées bicarbonatées sodiques.

Enfin l'hyperesthésie si fréquente du plexus solaire dont

les effets réflexes sont très importants sur la tonicité et la sécrétion générale de l'estomac et de l'intestin justifiera d'un traitement par le *salicylate neutre d'ésérine* et les applications diathermiques.

La méthode des injections antalgiques (cocaïne au 1/100 à la dose de 2 centicubes par séance ou novocaïne à 1/200°) donnent dans certains cas des résultats favorables. Ces injections se font au niveau des régions les plus douloureuses et par séries de 15 à 25. LICHTWITZ a systématisé les indications d'un tel traitement dans les cas de douleurs violentes, durables, anciennes, continues, fixes dans leur localisation, s'accompagnant d'hyperesthésie cutanée et ne coïncidant avec aucune lésion viscérale sous-jacente (BOLTANSKI).

L'importance et la fréquence des troubles psychiques au cours des Périviscérites, donne dans le traitement une grande place à la *Psychothérapie*. Le médecin doit tout faire pour maintenir intact le moral du malade et dans les cas de déficience recourir à tous les moyens dont il peut disposer pour amener le calme (Persuasion, cure d'isolement, antinervins, douches).

Cette action psychothérapique se trouvera également dans la climatothérapie combinée à l'action favorable des divers traitements qui peuvent trouver une indication dans les manifestations des Périviscérites. PLOMBIERES par ses eaux hyperthermales, très radioactives aura une action sédative manifeste au cours des phénomènes douloureux. « *L'équilibre vago-sympathique se rétablit, l'état névropathique s'atténue* » (BOLTANSKI).

CHATEL-GUYON sera indiqué chez les constipés chroniques. Ces eaux chaudes, isotoniques agissent favorablement sur l'atonie intestinale et sur les spasmes associés. On pourra retenir aussi NÉRIS pour les psychonévrosiques et BAGNÈRES-DE-BIGORRE pour les troubles digestifs. Il importe de noter cependant l'incertitude des résultats.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'intervention chirurgicale, longtemps considérée comme le seul traitement efficace des Périviscérites digestives essentielles ne jouit plus d'une égale faveur. C'est que les succès obtenus ne furent pour la plupart que de courte durée et d'innombrables observations rapportent des cas d'aggravation, avec interventions répétées découvrant l'influence néfaste des premières laparotomies.

TRAITEMENT PREVENTIF

Actuellement l'opinion qui prévaut est qu'il ne faut opérer que si tout vestige d'état plus ou moins inflammatoire a disparu, ou bien dans les cas d'occlusions intestinales. A titre préventif il importera donc, en dehors de la possibilité d'intervention pour appendicite (le cas le plus fréquent) dans les quarante huit premières heures, d'attendre le refroidissement total qui réduit au minimum la chance de périviscérite post-opératoire.

Avant l'opération il conviendra de mettre l'intestin au repos, afin de lui éviter toute irritation, toute congestion aussi. Ceci élimine donc toute purgation ou toute irrigation violente. Le repos au lit est donc une précaution nécessaire avec application chaudes décongestives.

Au cours de l'intervention l'hémostase devra être rigoureusement surveillée de même que seront évitées toutes mesures susceptibles de traumatiser la séreuse comme la forcipressure par des pinces à larges mors, le frottement rude des compresses, les ligatures grossières, ou de dépolir le

péritoine comme le contact de l'éther ou de la teinture d'iode. Enfin toute précaution serait vaine si l'on laissait en contact possible des surfaces dépéritonisées ou encruentées. La péritonisation exigera tous les soins du chirurgien.

Quant aux interventions pour périviscérite nous insistons avec BAUMEL et ROUX ainsi d'ailleurs que de nombreux auteurs pour rappeler qu'elles ne trouvent que de très rares indications dans les formes essentielles, traductions d'un état favorable aux processus plastiques, adhésifs pour qui le traumatisme chirurgical ne sera qu'un prétexte nouveau.

Dans tous les cas la péritonisation devra tendre à éviter le contact direct entre surfaces irritées. On a préconisé la méthode des greffes épiploïques libres. La facilité d'infection, autant que le traumatisme chirurgical dont elles sont l'objet ont trop souvent développé des processus cicatriciels ou d'épiploïte dont les effets sténosants signalés par quelques auteurs ont fait rejeter cette méthode.

La réparation d'une plaie péritonéale exigeant de 30 à 40 heures, on a songé à introduire dans la cavité abdominale des substances isolantes susceptibles d'éviter les contacts de viscère à viscère ou de viscère à paroi. C'est ainsi que furent utilisés successivement l'huile camphrée, l'huile goménolée, l'huile de vaseline. Leurs effets furent contraires au but poursuivi et favorisèrent la production d'adhérences.

Le Lipiodol, de CERF et PAULY; les feuilles d'or, de LANE; la pepsine aseptique, la papaïne et l'électrargol n'ont pas mérité d'être retenus.

Après l'opération, les avis sont partagés sur les indications à suivre. Les uns sont partisans de l'immobilisation avec glace sur le ventre. Les autres visent à s'opposer à la formation d'adhérences par mobilisation des viscères. Les moyens utilisés sont les mouvements respiratoires (gon-

fler un ballon), les mouvements gymnastiques précoces. Une méthode beaucoup plus séduisante et qui, en attendant d'avoir été largement utilisée chez l'homme, a donné sur le chien d'excellents résultats est la méthode de pneumopéritoine préconisée par CARNOT, en 1925, et qui consiste à écarter par une couche d'air les surfaces susceptibles de s'accoler.

Certains auteurs, enfin, ont utilisé avec succès les rayons infra-rouges comme agents de thermothérapie précoce.

TRAITEMENT CURATIF

L'intervention à titre curatif s'applique rarement, nous l'avons dit, à une périviscérite essentielle sans complication. Certains cas, cependant, soit extérieurs à la périviscérite comme par exemple une crise aiguë viscérale quelconque, soit directs et alors dus à la volonté expresse du malade peuvent appeler l'intervention chirurgicale. Dans ces circonstances, le but du chirurgien sera d'obtenir le plus possible la libération des adhérences, la suppression des brides, et la restitution optima du profil et du transit gastro-intestinal.

Mais les accidents aigus des périviscérites, les occlusions, en plus des mêmes indications dicteront parfois à l'opérateur des interventions plus radicales et ce seront les anastomoses ou les résections.

La libération d'adhérences devra être précédée bien entendu de tous les procédés de repérage des lésions adhésives que viendra compléter l'examen à ciel ouvert. Il importe, en effet, de n'en laisser aucune qui puisse entraîner des troubles postopératoires à l'occasion du traumatisme chirurgical. Ces adhérences ou ces brides découvertes, écrit

LARDENNOIS, il ne peut y avoir d'hésitations: il faut les supprimer. Cet auteur a décrit en détail la technique de ces interventions dans son rapport au Congrès de Chirurgie en 1927. On s'y réfèrera.

Rappelons seulement, pour y insister, la délicatesse avec laquelle il convient d'aborder le décollement des lames de périviscérité après avoir repéré l'entrée du plan de clivage. Dangereuses par les inclusions d'intestin qu'au cours de rétractions elles peuvent avoir attirées au sein de leurs fibres, les brides le sont également et le seront après l'intervention par leurs faces encruentées. Il faudrait aborder ces tractus fibreux avec le bord mousse du bistouri agissant avec douceur et régularité. Le doigt lui-même est, en cette matière, un bien meilleur et plus sûr instrument. On ira le plus loin qu'on pourra dans ce décollement afin d'obtenir pour l'intestin le maximum de liberté.

L'hémostase devra être pratiquée avec de fines pinces et le catgut le plus fin.

Une telle méthode ne saurait évidemment s'appliquer à d'épaisses membranes nacrées et résistantes, comme celles de certaines membranes de JACKSON. Dans ces cas, il faudra réséquer une large surface et il restera toute une zone encruentée. Le mieux sera alors, sans s'arrêter aux nombreux autant qu'ingénieux procédés de réparation, de péritoniser soigneusement. On se résoudra si les surfaces péritonéales disponibles ne sont pas suffisantes, aux greffes épiploïques.

Les méthodes de fixation des segments ptosés ou modifiés dans leur statique ont donné des résultats incertains. Nous ne retiendrons ici que la fixation de l'angle hépatique dans le but d'obtenir l'étalement du méso après libération de l'accolement en canons de fusil du transverse et du cæco-ascendant ; la fixation de l'S iliaque dans les cas de sig-

moïde allongée avec tendance au volvulus et surtout la fixation en équerre de GRÉGOIRE et DUVAL au niveau du cul-de-sac cæcal.

Les anastomoses s'imposent dans certains cas d'occlusions. Les différents types en sont: la duodeno-jéjunostomie décrite par P. DUVAL et WEISS, l'iléo-sigmoïdostomie, l'iléo-transversostomie, la cæco-sigmoïdostomie et les anastomoses entre le colon ascendant, le transverse et le pelvien. Elles se pratiqueront en amont d'un obstacle sténosant.

LARDENNOIS fait remarquer que le segment intestinal qui se trouve mis hors du circuit est le siège d'une inertie dont la conséquence est souvent la production à son entour de nouvelles lésions de périviscérite qui pourront, de proche en proche se généraliser. Il préconise donc la résection de ces segments.

Les résultats opératoires, il convient d'en avertir le patient, ne se font sentir qu'à longue échéance. Les phénomènes congestifs qui accompagnent l'intervention et la suivent, l'adaptation du segment intestinal, et le retour des parois à l'état normal demandent, en effet, de six mois à un an. Dans le cas heureux, plus ou moins rapidement l'état général se transforme, le gain en poids est considérable, les douleurs disparaissent, et ces malades goûtent enfin une tranquillité d'esprit et une confiance dans l'avenir d'autant plus appréciées qu'elles ont été péniblement acquises.

CONCLUSION

1° Les périviscérites digestives essentielles représentent un syndrome anatomoclinique, de causes diverses, dont le caractère est une réaction de l'organisme modifiant le mode de fixation d'un ou plusieurs segments du tube digestif, avec toutes les conséquences que cela comporte.

2° Ce syndrome dont l'anatomie pathologique n'a rien de spécifique affecte un polymorphisme de symptômes qui est le fait essentiel de sa séméiologie. Les difficultés du diagnostic clinique ne peuvent être résolues que par la radiographie.

3° Les périviscérites digestives essentielles ne doivent justifier que d'une thérapeutique médicale. Elles sont aggravées par le traumatisme chirurgical. L'intervention opératoire sera strictement réservée aux cas de complications mécaniques telles que les occlusions ou les subocclusions compromettant la vie du malade de façon immédiate.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales après laparotomie. (*Gazette des Hôpitaux*, 1895).
- ADENOT. — Occlusions intestinales post-opératoires.
- ALLENDY (R.). — Les troubles psychiques d'origine tuberculinique. *L'homéopathie moderne*, 15 janvier 1935).
- BASSET. — Périduodénites et appendicites. (*Archives des maladies du tube digestif*).
- BAUMEL (J.). — Les Périviscérites digestives. (*Société des Sciences Médicales*, Montpellier, mai 1929).
- BAUMEL (J.). — Aspects radiologiques et considérations générales sur les Périviscérites digestives. (*Société de Radiologie du Littoral Méditerranéen*, mai 1929).
- BAUMEL (J.). — Traitement médical des Périviscérites essentielles. (*Gazette Médicale de France*, 15 octobre 1932).
- BAUMEL (J.). — Syndrome radiologique des Périviscérites digestives essentielles. (*Société de Radiologie du Littoral méditerranéen*, janvier 1933).
- BAUMEL (J.) et ROUX. — *Les Périviscérites digestives essentielles*. Considérations cliniques et thérapeutiques. (*Archives de gastro-entérologie et des maladies de l'app. digestif* 1932).
- BAUMEL (J.) et ROUX. — Etude clinique et radiologique des Périviscérites digestives essentielles. (*Gazette Médicale de France*, mars 1933).
- BAIMBRIDGE. — Remarques sur la stase intestinale chronique. (*The British Med. Journal*, 1913).
- BERARD et PATEL. — Occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche (*P. M.*).
- BOLOGNESI (Giuseppe). — *Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition*.
- BOLTANSKI (Et.). — Les Périviscérites digestives. (*La médecine*), avril 1933.
- BOLTANSKI (Et.). — Traitement des Périviscérites digestives. *Les grandes thérapeutiques* 1934.

- BROCQ, DUCASTAING et REILLY. — *Journal de Chirurgie*, 1922.
- BRULÉ. — Diagnostic de l'appendicite chronique. *Presse Médicale*, 1924.
- BRULÉ et JARBAN. — Les hépatites et les cholecystites d'origine intestinale. (*Presse Médicale* 1934).
- BUY. — Anatomie du côlon transverse. (*Thèse de Toulouse* 1901).
- CADE et MORENAS. — Rôle de la syphilis dans l'étiologie des Péricérinites. (*Journal Médical de Lyon*, juin 1922).
- CARNOT. — Le pneumo-péritoine post-opératoire dans le traitement des Péricérinites chroniques. (*Paris Médical*, 16 mai 1924, n° 20).
- CASTEX et DELFOR DEL VALLE. — Syphilis héréditaire tardive. (*Prensa medica argentina*, juin et juillet 1919).
- CARNOT, BLAMOUTIER, LIBERT et FRINDEL. — *Les Péricérinites digestives* (Baillière, 1926).
- CHIRAY, PAVEL et MILOCHEVITCH. — La cholecystostomie. (*Presse Médicale* 1925).
- CHIRAY, PAVEL et MILOCHEVICH. — L'insuffisance cholecystique (*Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition*, 1925).
- CROMARTY. — Membranes duodénales. (*Canadian ass. journal* 1922).
- COLE (Gregory). — The American Journal of Roentgenologie (mars 1922).
- DELAGENIERES. — Congrès de Chirurgie (1911).
- DELBET. — La maladie de Lane (*P. M.*, mars 1923).
- DELMAS. — Adhérences post-opératoires. (*Thèse de Paris* 1909).
- DELORE et ALAMARTINE. — Les stenoses sus-cæcales avec péricolite membraneuse. (*Revue de Chirurgie* 1912).
- DESCOMPS et DUCASTAING. — Les angles coliques. *Revue de Chirurgie* 1922, tome LX.
- DUVAL (P.). — A propos de la péricolite membraneuse. *Archives des mal. de l'appareil digestif* 1910.
- DUVAL (P.). — Mesosigmoïdites rétractiles. (*Arch. des mal. de l'app. dig.* 1907).
- DUVAL (P.), ROUX (J.C.) et BÉCLÈRE. — Etudes médico-radio-chirurgicales du duodénum. 1924.
- EASTMAN. — Membranes péritonéales fœtales de Jonnesco.
- ENRIQUEZ. — Les séquelles de l'appendicectomie. *Journal de M. et de Ch. prat.*, 1920).
- EUZIERE, PAGES et JAULMES. — Les formes psychiques des Péricérinites digestives. *Société Médicale du Langu. Méditerranéen*, 1926.
- FAUJAS. — Des péritonites plastiques adhésives d'origine tuberc. *Thèse de Lyon*, 1919.

- FLANDRIN. — Complications de l'app. chronique et séquelles de l'appendicect. *Thèse Paris* 1923.
- FORSTER. — Mitt. a. d. Grenzgebieten der Medizin und chirurgie, t. xxxii.
- FLINT. — Bandes et membr. embryon. ant. du cæcum. *Bullet. of the John Hopkins Hospital* 1912.
- GODLEWSKI (E.). — Les Péricécrites primitives tuberculeuses. (*Prov. Méd. Clin.*, mars 1933).
- GREGOIRE. — Péricécrite membraneuse et app. chronique. (*Arch. des mal. de l'ap. dig.*, mai 1915).
- GREGOIRE. — Dilat. douloureuse du colon droit. (*Arch. des mal. de l'ap. dig.*, mai 1920).
- GUNTHER et W. NAGEL. — Etiol. et import. du lig. cystico-duodéno-colique.
- GUTMANN. — L'asthme appendiculaire. *Presse Méd.*, 1920.
- HATGES. — Stase intestinale chronique. *Presse Médicale*, août 1920.
- HEITZ BOYER. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris* 1919.
- *Journal Méd. Franç.*, 1922.
- HOAREAU. — Les Péricécrites et la tuberculose fibreuse généralisée aux séreuses. (*Thèse Paris* 1905).
- HUCHARD et DEGUY. — Les Péricécrites. (*Journal des Praticiens*, 1897).
- JACKSON. — Péricécrite membr. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics* 1909), *Annales of surgery*).
- JANOWSKI (W.). — La forme pseudo-neurasth. de la tub. pulm. (*Paris Médical*, 27 août 1927).
- JAULMES (Francis). — L'état mental au cours des Péricécrites. (*Thèse Montpellier* 1926, n° 12).
- JEAN (Georges). — La Péricécrite et ses rapports avec la mal. de Lane. (*Arch. de Méd. et Pharm. navale*, nov. 1919).
- LABADIE, DEGUY et LAGRAVE. — Les Péricécrites. (*Arch. génér. de Méd.* 1898).
- LABOULBENE (A.). — Des névralgies viscérales. (*Thèse d'agrég.*, Paris 1860).
- LAMARQUE (P.). — Précis de Radio-Diagnostic. *Doin et Cie*.
- LANE (A.). — Infl. des coudures intestinales de la stase intest. chronique. (*The British Medical Journal*, 11 avril 1911).
- LANE (A.). — La première et la dernière coudure dans la stase intest. chronique. *The Lancet*, 2 déc. 1911.
- LANE (A.). — Stase intest. chronique. Indic. opératoires. *The Lancet*, 1919.
- LANE (A.). — Remarques sur les coudures qui se produisent dans le canal gastro-intest. au cours de la const. invétérée. (*Berlin Klin. Woch.*, tome XLVIII, avril 1911).
- MAS (Pierre). — Psych. asth. et neurasth. tuberculeuse. (*Thèse Montpellier* 1935).

- MARTEL (DE) et ANTOÏNE. — Les fausses appendicites. 1934.
- MUTEL et FOURCHE. — Revue Chir. 1922. Le pli pariéto-colique membrane de Jackson).
- ROCHET. — App. à form. asthmatique. *Thèse Paris* 1912.
- ROUX (J. C.). — Adhérences précæcales et péricoliques in Mathieu et Roux. (*Path. gastro-intest.* 1911).
- SAVY. — Fausses affections viscérales par péritonites adhésives plastiques.
- SORREL. — Stase intest. chronique, Paris 1914.
- SARDA (G.) et VIRES (J.). — Trèves et guérison de la tuberculose pulmonaire chez les arthritiques. (*Revue de la tuber.* 1894).
- SARRO et TAVERNA. — Hypométabolisme de la neurasthénie constitut. (*Soc. catalane de Psychiâtrie et de Neurologie.* Séance du 13 oct. 1931).
- TAYLOR. — *Annals of Surgery* 1922-1925.
- TREMOLIERES (F.) et MARCEAU (J.). — Périentérocolites et occlusions intestinales aiguës. (*Presse Médicale*, nov. 1928).
- TREMOLIERES (F.) et OLIVIER. — Les Périviscérités digestives adhésives. *Journal Médical franç.*, février 1926.
- TREVES et REID. — Relations probables entre les membranes de Jackson et la coudure de Lane.
- TOYE (J. P.). — Psychasthénie et oxalémie (*Annales médic. psychol.* janvier 1935).
- TOYE. — Démence précoce et tuberculose. (*Languedoc Médical*, 1934).
- VIRES (J.). — Article Neurasthénie dans Maladies nerveuses (Diagn. et traitement 1 vol. *Coulet et Masson* 1902).
- VIRES (J.). — Etudes prat. et génér. sur la tubercul. Diagnostic de la tubercul. au début (*Montpellier Médical*, 21 juin 1903, 26 juin 1903, 5 juillet 1903).
- VIRES (J.). — Introd. à l'étude de la neuropathologie générale. (*Montpell. Méd.*, n° 21 et 22, 1905).
- VIRES (J.). — Diagnostic précoce de la tuberculose. (*Médical Montpellier*, 1907).
- VIRES (J.). — L'hérédité de la tuberculose (1 vol. *Collection de l'encyclopédie Leauté*, 164 p., Masson et Gauthier, Villars, éditeurs).
- VIRCHOW. — *Archives*, 1853, p. 282.
- WALTHER. — *Société de Chirurgie* 1902.
- WALTHER. — Epiploïte ayant continué d'évoluer après l'ablation de l'appendice. (*Soc. de chir.* 28 déc. 1920).
- WIDERKE. — *Norsk Magazine for Lægevidenskaben*, 1922.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
Historique	12
Observations	14
CHAPITRE I. — <i>Syndrome anatomo-pathologique</i>	29
1° Etude macroscopique	29
2° Etude topographique	32
3° Etude histopathologique	35
CHAPITRE II. — <i>Syndrome clinique</i>	37
I. — a) Les algiques	38
b) Les dyspeptiques	42
c) Les psychonévrosiques	50
• II. — Examen somatique	54
d) Les formes mixtes	55
CHAPITRE III. — <i>Syndrome radiologique</i>	57
Estomac	57
Grêle	59
Côlon	60
CHAPITRE IV. — <i>Pathogénie</i>	63
I. — Lésions acquises atténuées	64
II. — Troubles du sympathique abdominal	69
III. — Lésions congénitales	70
CHAPITRE V. — <i>Evolution</i>	72
CHAPITRE VI. — <i>Complications mécaniques</i>	75
Etude clinique	75
Etude topographique	78
CHAPITRE VII. — <i>Diagnostic</i>	80
CHAPITRE VIII. — <i>Traitement</i>	86
I. — Traitement médical: A. Etiologique	86
B. Pathogénique	89
C. Symptomatique	93
II. — Traitement chirurgical: A. Préventif	96
B. Curatif	98
CONCLUSIONS	101
BIBLIOGRAPHIE	102

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

« Contribution à l'étude
des Périviscérites
gastro-intestinales »

par M. Max ROUQUETTE

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 19 mars 1936,

VIRES.

Vu:

Montpellier, le 18 mars 1936

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 19 mars 1936,

Le Recteur,

TAILLIART.

